

---

# **Konzeption und Durchführung einer Katamnese-Studie im Jugendhilfebereich**

**Kumulative Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde  
durch den  
Promotionsausschuss Dr. phil.  
der Universität Bremen**

**vorgelegt von  
Dipl.-Psych. Stefan Jürgen Rücker**

Bremen, im Oktober 2010

„Für Janin, Julian und meine Eltern“

## Danksagung

Eine Dissertation ist selten die Leistung eines Einzelnen, in der Regel sind mehrere Personen helfend beteiligt. Mein Dank gilt ein paar Menschen, deren freundliche und wertvolle Unterstützung meinen Weg erleichtert hat.

Herrn Prof. Dr. Franz Petermann (Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen) schulde ich großen Dank, weil er mir eine wichtige Aufgabe zugetraut hat. Die Fachgespräche mit Ihnen haben mir in jeder Hinsicht neue Perspektiven eröffnet. Ihr tiefes Wissen ist beeindruckend und wegweisend. Ich danke Ihnen für alles!

Frau Prof. Dr. Ute Koglin ist Erstgutachterin dieser Arbeit. Sie ist die kompetenteste, geduldigste und freundlichste Kollegin, die ich mir als Doktorand wünschen konnte. Herzlichen Dank für deine liebe Art, komplexe Sachverhalte verständlich zu machen!

Frau Dr. Monika Daseking hat freundlicherweise das Zweitgutachten übernommen. Ich danke dir herzlichst für dein großes Engagement im Allgemeinen und deine Unterstützung im Promotionsverfahren im Speziellen.

Die vorliegende Studie wurde von Herrn Dr. Peter Büttner in Auftrag gegeben und finanziert. Ich danke Ihnen herzlichst für die mehr als angenehmen Bedingungen, unter denen ich diese Arbeit erstellen konnte. Durch Ihre Freundlichkeit und Ihr Interesse hatte ich stets das Gefühl, etwas Wertvolles zu leisten.

Wer sich einer Herausforderung stellt, braucht auch emotional gute Bedingungen um sie bewältigen zu können. Ohne meine wunderbare Familie hätte ich es wohl kaum geschafft. Danke für eure Liebe, euer Verständnis und die Ermutigung. Euer Glaube an mich hat mir Kraft gegeben. Ich liebe euch!

Schließlich möchte ich mich freundlichst bei allen an der Studie beteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern bedanken. Ohne die Offenheit dieser Menschen wäre Forschung kaum möglich.

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	III
Liste der Veröffentlichungen.....	IV
Einleitung.....	1
<b>1. Praxisbegleitende Jugendhilfeforschung: Rechtliche und Politische Implikationen.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Qualitätsdiskurs: Der Wirkungsbegriff.....</b>	<b>3</b>
2.1 Begriffsbestimmungen.....	3
<b>3. Problemstellungen in der Wirkungsforschung.....</b>	<b>5</b>
3.1 Evidenzbasierung.....	5
3.2 Kontrollgruppendesign in der Jugendhilfe.....	5
3.3 Kausalität.....	6
<b>4. Stand der Forschung.....</b>	<b>7</b>
4.1 National survey of child and adolescent well-being (NSCAW).....	7
4.2 Looking after children (LaC) / Integrated children's system (ICS).....	8
4.3 Jugendhilfe-Effekte-Studie.....	8
<b>5. Entwicklungspsychopathologie.....</b>	<b>9</b>
5.1 Das Schutzfaktorenkonzept.....	9
5.2 Psychische Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter.....	11
<b>6. Hilfe zur Erziehung: Indikationsbildende Einflussfaktoren.....</b>	<b>14</b>
6.1 Erziehungsstile.....	14
6.2 Erziehungskompetenz.....	15
<b>7. Behandlungs- und Betreuungskonzepte.....</b>	<b>17</b>

<b>8. Methodisches Vorgehen</b>	<b>19</b>
8.1 Planung	19
8.2 Organisation	20
8.3 Durchführung	21
8.4 Auswertungsstrategie	27
<b>9. Studienergebnisse</b>	<b>28</b>
9.1 Wirksamkeit ambulanter und teilstationärer Jugendhilfe: Studie I	28
9.1.1 Ergebnisse	28
9.1.2 Altersspezifische Effektivität	31
9.1.3 Geschlechtsspezifische Effektivität	32
9.1.4 Diskussion	32
9.2 Differenzielle Wirksamkeit der Jugendhilfe: Studie II	34
9.2.1 Ergebnisse	34
9.2.2 Diskussion	37
9.3 Langfristige Wirksamkeit von Jugendhilfe-Maßnahmen: Studie III	38
9.3.1 Ergebnisse	38
9.3.2 Diskussion	41
9.4 Methodische Einschränkungen	43
<b>10. Reflexion</b>	<b>45</b>
<b>11. Gesellschaftliche und sozialpolitische Bedeutung der Ergebnisse</b>	<b>48</b>
11.1 Einordnung der Ergebnisse in einen ökonomischen Rahmen	49
11.2 Sozialpolitische Verantwortung	50
<b>12. Eigenständiger Anteil an den Veröffentlichungen</b>	<b>51</b>
<b>13. Literatur</b>	<b>52</b>
Erklärung	64
Anhang	65

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1. Kategorien aus Achse V, Multiaxiales Klassifikationsschema, ICD-10.....	23
Tabelle 2. Zusammenfassung der Diagnosen und Kodierungen auf den Achsen I, II und V zu Gesamtskalen.....	25
Tabelle 3. Anzahl der Kodierungen aus Achse V sowie umbenannte Diagnosen der Achsen I und II (MAS) der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern am Hilfebeginn (N=50).....	29
Tabelle 4. Ergebnisse aus dem Prä-Post-Vergleich. Effektstärken für Kinder, Jugendliche und Eltern (N=50).....	30
Tabelle 5. Altersspezifische Unterschiede in den Effektstärken für jüngere (bis 10.9 J.) und ältere (ab 11.0 J.) Kinder und Jugendliche und Effekte auf Seiten ihrer Eltern (N=50).....	31
Tabelle 6. Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Effektstärken für Kinder, Jugendliche und Eltern (N=50).....	32
Tabelle 7. Ergebnisse der Kovarianzanalyse: Mittelwerte und Standardabweichungen zum Post-Test-Vergleich in traditionellen Familien (TF) und Einelternfamilien (EF). Darstellung der Outcome-Unterschiede in Effektstärken.....	36
Tabelle 8. Mittelwerte der Risikogruppen im Prä-Post-Vergleich: In allen drei Gruppen konnte die Anzahl der Risikopunkte (RP) bis zum Ende der Hilfe abgebaut werden (N=59).....	38
Tabelle 9. Verteilung der Stichprobe auf den Belastungs- und Ressourcenskalen des SDQ mit Angabe der Klassifikation in der Katamnese. Auf den Skalen werden für die Jugendlichen überwiegend normale, nicht auffällige Werte gefunden (N=59).....	40
Tabelle 10. Anzahl zutreffender Items (Scores) im CRAFFT. Spalte Problem: Wahrscheinlichkeit eines ernstesten Alkohol-/Drogenproblems mit jeweiliger Klassifikation. Rechts: Im Abbau der Risikopunkte liegen zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede vor (N=59).....	41

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1. Belastungen und Ressourcen: Eine Gegenüberstellung (aus Petermann et al., 2008).....	10
---	----

## Liste der Veröffentlichungen

Der vorliegenden kumulativen Dissertation liegen folgende Veröffentlichungen zugrunde:

- (1) Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P. & Petermann, F. (2009). Zur Wirksamkeit ambulanter und teilstationärer Jugendhilfemaßnahmen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 551-558.
- (2) Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P. & Petermann, F. (2010a). Differenzielle Wirksamkeit der Jugendhilfe: traditionelle und zerbrochene Familien im Vergleich. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 253-265.
- (3) Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P. & Petermann, F. (2010b). Ambulante und teilstationäre Jugendhilfe-Maßnahmen: Aussagen zur langfristigen Wirksamkeit. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 429-437.

Alle drei Publikationen wurden einem Peer-Review-Verfahren unterzogen.

## Einleitung

Gegenstand der vorliegenden Synopse sind drei Fachpublikationen, die vom Autor im Rahmen der kumulativen Dissertation zum Thema „Konzeption und Durchführung einer Katamnese-Studie im Jugendhilfebereich“ erstellt worden sind. Im Fokus steht die Wirksamkeit ambulanter und teilstationärer Betreuungs-/Behandlungsmaßnahmen einer Jugendhilfe-Einrichtung in Hessen. Die Hilfen richten sich an hochbelastete Kinder, Jugendliche und ihre Eltern. Indikationsbildende Problembereiche, wie Symptombelastungen, Ressourcenmangel und inkonsistente Erziehung, wurden in einem Prä-Post-Vergleich gegenübergestellt. Zudem erfolgte eine Überprüfung der langfristigen Wirksamkeit.

Allgemeine Studienergebnisse sind im Artikel „Zur Wirksamkeit ambulanter und teilstationärer Jugendhilfemaßnahmen“ (Rücker, Petermann, Büttner & Petermann, 2009, vgl. Anhang I) zusammengefasst. Da nicht vermutet werden konnte, dass die Hilfen bei allen Familien die gleiche Wirksamkeit erreichen, wurden Gruppenvergleiche durchgeführt. Hierbei wurden die Hilfeverläufe von Ein- und Zweielternfamilien miteinander verglichen. Die Ergebnisse sind im Artikel „Differenzielle Wirksamkeit der Jugendhilfe: traditionelle und zerbrochene Familien im Vergleich“ (Rücker, Petermann, Büttner & Petermann, 2010a, vgl. Anhang II) publiziert. Schließlich ging es um die Frage, welche Stabilität die in den Hilfen erreichten Belastungsreduktionen und Ressourcenaktivierungen aufweisen. Aus diesem Grund wurde drei Jahre nach Beendigung der Jugendhilfe-Maßnahmen der psychosoziale Status der ehemals betreuten/behandelten Kinder, Jugendlichen und Eltern erhoben. Die Ergebnisse sind im Artikel „Ambulante und teilstationäre Jugendhilfe-Maßnahmen: Aussagen zur langfristigen Wirksamkeit“ (Rücker, Petermann, Büttner & Petermann, 2010b, vgl. Anhang III) widergegeben.

In den Kapiteln 1-3 wird ein Überblick über das Feld „Jugendhilfe“ sowie über Probleme gegeben, die sich im Zusammenhang mit praxisbegleitender Jugendhilfeforschung ergeben. Kapitel 4 fasst den aktuellen Forschungsstand zusammen. Kapitel 5 und 6 beschäftigen sich mit der Ätiopathogenese, die häufig zur Indikation von Jugendhilfe-Maßnahmen führt. Kapitel 7 beschreibt die Maßnahmen, die im Rahmen der vorliegenden kumulativen Dissertation empirisch untersucht worden sind. In den Kapiteln 8 und 9 werden das methodische Vorgehen (Datenanalyse, Statistik) sowie die Studienergebnisse dargelegt. Abschließend erfolgt eine Reflexion des wissenschaftlichen Vorgehens dieser Arbeit in Kapitel 10, sowie die Einordnung der Ergebnisse in Kapitel 11.



## **1. Praxisbegleitende Jugendhilfeforschung: Rechtliche und politische Implikationen**

Die vorliegende Studie untersucht im Rahmen der kumulativen Dissertation Effekte sowie deren Stabilität in erzieherischen Hilfen. Erziehungshilfen sind Leistungen der Jugendhilfe; die Inanspruchnahme durch Familien und Kinder in prekären Lebenssituationen ist rechtlich im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) des Achten Buches Sozialgesetzbuch verortet (SGB VIII). Das KJHG trat als Nachfolger des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes von 1922/24 (1953 zum Jugendwohlfahrtsgesetz novelliert) am 01. Januar 1991 in Kraft (Jordan, 2005). Ein Rechtsanspruch auf Erziehungshilfe liegt danach bei Personensorgeberechtigten vor, wenn eine Kindeswohl gewährleistende Erziehung nicht gelingt und die entsprechende Hilfe für die Entwicklung des Kindes geeignet und notwendig erscheint. Die im KJHG enthaltenen Hilfearten sind sowohl familienunterstützend (ambulant), familienergänzend (teilstationär) als auch familienersetzend (stationär) angelegt.

Im Blickpunkt der Studien zur kumulativen Dissertation stehen teilstationäre (§32) und ambulante (§27ff) Erziehungshilfen einer Jugendhilfeeinrichtung in Hessen. Teilstationäre Settings umfassen Erziehungsmaßnahmen in einer Tagesgruppe; unter Tagesgruppen sind Einrichtungen zu verstehen, in denen nachschulische Hausaufgabenbetreuung, pädagogisch strukturierte Situationen zum sozialen Lernen in der Gruppe sowie Elternberatung stattfinden. Die ambulanten Hilfen nach §27 (hier psychologische Praxis genannt) sind strukturell und vom Ablauf wie Tagesgruppen aufgebaut, jedoch bieten die Praxen zusätzlich ein therapeutisches Angebot für Familien mit komplexeren Problemkonstellationen.

Das KJHG schreibt seit dem 01.01.1999 mit den §§78ff. Leistungsträgern und –erbringern vor, neben Leistungs- und Entgeltvereinbarungen auch Qualitätsentwicklungsvereinbarungen zu treffen. Während Leistungs- und Entgeltvereinbarungen bislang ausreichend beschrieben und eingehalten worden sind, bestehen trotz der Bestimmungen große Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Qualitätsverpflichtungen (Münder & Tammen, 2003). Fragen zur Qualitätsentwicklung fanden generell lange Zeit kaum Beachtung; die Ergebnisse sozialer Arbeit galten als gesichert und bedurften aus Sicht vieler Fachpraktiker keiner Hinterfragung (Harnach-Beck, 2000). Obwohl Qualitätssicherung in erzieherischen Hilfen besonders aus fachlicher Sicht bedeutsam ist, werden Fragen zur Ergebnismessung nach wie vor (nicht nur aus fachlichen Gründen) kontrovers diskutiert. Die zunehmende Verknüpfung ökonomischer Fragestellungen mit dem Leistungsfeld der Jugendhilfe trägt vermutlich dazu bei, dass die Diskussion

häufig auch von Ängsten und Vorbehalten geleitet ist (Singer et al., 2009). Denn angesichts hoher Kosten, die für erzieherische Hilfen im stationären Bereich im Einzelfall durchschnittlich 120.000 Euro betragen können (Roos & Petermann, 2006), gerät die Jugendhilfe zunehmend unter gesellschaftlichen Legitimationsdruck (Jordan, 2005). Neben der fachlichen, erhielt die praxisbegleitende Jugendhilfeforschung damit stärkere politische Bedeutung.

2007 wurden in vorrangig ambulant/teilstationären Hilfen 14.647, in Tagesgruppen 15.153 Kinder und Jugendliche versorgt. Dabei beliefen sich die Kosten für ambulante Hilfen auf rund 158.0 Mill. Euro, für Tagesgruppen betrugen sie sogar 379.1 Mill. (Statistisches Bundesamt, 2008). Als Folge der desolaten öffentlichen Haushaltslage richtete sich die Aufmerksamkeit zunehmend auf den Nutzen der erzieherischen Hilfen. Die zentrale Bedeutung des Bundesmodellprogramms „Wirkungsorientierte Jugendhilfe“ (BMFSFJ, 2006) liegt folglich in einer Verbesserung der Wirkungen. In der vorliegenden Studie werden sowohl die unmittelbaren als auch die längerfristigen Wirkungen erzieherischer Hilfen untersucht; damit lässt sich das übergeordnete Ziel der Studie in Maßnahmen zur Qualitätssicherung/Qualitätsentwicklung zusammenfassen.

## **2. Qualitätsdiskurs: Der Wirkungsbegriff**

Um begriffliche Klarheit zu erreichen ist es notwendig, Wirkung zunächst von Begriffen wie Effizienz oder Effektivität abzugrenzen. Unter Effizienz wird der verhältnismäßige Einsatz von Mitteln zur Erreichung eines Effekts verstanden. Dabei stehen oft ökonomische Überlegungen im Vordergrund (Roos et al., 2006). Mit Effekt wird ein Ergebnis bezeichnet; dabei bleibt jedoch unspezifisch, *wie* dieses erreicht wurde. Dagegen erfassen Wirkungen die Faktoren, die zu einem Ergebnis geführt haben. Was *genau* unter Wirkungen verstanden werden soll, ist jedoch im jungen und breit gestaffelten Feld der Jugendhilfeforschung nicht einheitlich definiert.

### **2.1 Begriffsbestimmungen**

Eine Eingrenzung des Begriffs gestaltet sich indes schwierig, denn das Begriffsverständnis ist an die Perspektive unterschiedlicher Akteure in der Jugendhilfe gekoppelt. Für öffentliche Träger beispielsweise hängen Wirkungen eng mit dem Verhältnis von Aufwand und Ertrag zusammen; für Fachkräfte in den Einrichtungen der Jugendhilfe dagegen verknüpfen sich

Wirkungen mit dem Erfolg der eigenen Arbeit (Gabriel, 2001). Diese Perspektiven sind keinesfalls immer deckungsgleich mit den Erwartungen der Familien und Kinder. Für sie geht es vorrangig um die Reduktion familiärer Konflikte, Abnahme in der psychosozialen Belastung, Kompetenzsteigerungen etc. (Schmidt et al, 2002). Es besteht inzwischen Konsens, dass empirische Fragestellungen zur Wirkungsorientierung in erster Linie an die Sicht der Adressaten anknüpfen müssen (Munsch, 2004); Erwachsene können zu den Lebensumständen von Kindern und Jugendlichen kaum so valide Angaben machen wie diese in der Selbstauskunft (Ben-Arieh, 2005). Adressaten orientiertes Wirkungsverständnis bezieht sich beispielsweise auf die Reduktion von Symptomen, den Abbau von Belastungen im Umfeld der Kinder und Jugendlichen sowie die Steigerung des psychosozialen Funktionsniveaus (Hohm, Schmidt & Flosdorf, 2002). Diese Auffassung teilen Macsenaere und Knab (2004), indem sie Wirkung ebenfalls als Abbau von Defiziten und den Aufbau von Ressourcen beschreiben. Folglich werden Verbesserungen in Kategorien wie Schulsituation, Legalverhalten, soziale Beziehungen und Alltagsbewältigung als Wirkungsindikatoren verstanden. In diesem Kontext wird zudem der Begriff der Lebensbewährung genannt (Baur, Finkel, Hamberger & Kühn, 1998). Ergänzend heben Böhnisch et al. (2002) die Bedeutung der subjektiv empfundenen Verbesserungen als Kriterium für einen wirksamen Hilfeverlauf hervor. Während Thureau und Völker (1995) dem Wirkungsverständnis außerdem einen dem Ertrag angemessenen Mitteleinsatz zuordnen, sehen Blüml, Helmig und Schattner (1994) auch materielle Verbesserungen auf Seiten der Hilfebezieher als Wirksamkeitsnachweis an. Exemplarisch für die heimerzieherische Pflege stellt sich Wirkung schließlich als Annäherung an den Entwicklungsstand von Kindern dar, die unter familiären Sozialisationsbedingungen aufwachsen (Hansen, 1994).

Die Unterschiede im Begriffsverständnis spiegeln die Komplexität, die sich aus dem Zusammenspiel fachlicher, ökonomischer und politischer Interessen ergibt. Die gemeinsame Grundlage der verschiedenen Perspektiven dürfte jedoch dem §1 (1) des KJHG geschuldet sein, wonach jedem jungen Menschen „ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ zusteht (KJHG, 1995). In der vorliegenden Studie wird Wirkung als signifikante Reduktion vorab klar definierter Probleme und Belastungen verstanden. Die intensiven Maßnahmen sind speziell zur Verringerung expansiver Verhaltensprobleme sowie emotionaler Probleme und Belastungen konzipiert; Verbesserungen im Lern- und Leistungsbereich und die Förderung der Erziehungskompetenz stellen ebenfalls wichtige Zielgrößen dar.

### 3. Problemstellungen in der Wirkungsforschung

#### 3.1 Evidenzbasierung

Untersuchungen zur Wirksamkeit von Behandlungsverfahren schließen in der Psychotherapieforschung neben Interventions- auch Kontrollgruppen ein (Petermann, 2007). Die Gruppen weisen dabei in studienrelevanten Merkmalen (Alter, Geschlecht, Ethnizität, soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten etc.) Homogenität auf. Die Untersuchungsteilnehmer werden den verschiedenen Bedingungen in einem Randomisierungsverfahren zugeordnet, wobei die Kontrollgruppe dabei entweder keine bzw. eine andere Behandlung als die Interventionsgruppe erhält (Wodarski, 2004). Kontrollierte Studien geben Aufschluss darüber, ob und wie stark sich die Interventionsgruppe bei ansonsten gleichen Bedingungen gegenüber der Kontrollgruppe verbessert hat (Farrington, 2003). Kontrollgruppendesigns finden vorwiegend im medizinisch-psychologischen Bereich Anwendung und erlauben evidenzbasierte Aussagen über die Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen (vgl. Hüttemann, 2006). Die in kontrollierten Studien nachgewiesenen Wirkungen müssen sich jedoch in der Praxis bewähren (Hiller, Bleichhardt & Schindler, 2009). Die laborähnlichen Bedingungen, unter denen die Studien oft durchgeführt werden, können sich dabei allerdings als Nachteil erweisen (Ziegler, 2006); schließlich werden in der Praxis selten evaluationsähnliche Bedingungen vorgefunden. Zu Recht weist Petermann (2007) darauf hin, dass Wirksamkeitsstudien Praxisansprüche nicht aus dem Blick verlieren dürfen.

#### 3.2 Kontrollgruppendesign in der Jugendhilfe

Unabhängig davon, sind kontrollierte Studien in der deutschen Jugendhilfe kaum realisierbar; das messtheoretische Niveau, wie es etwa internationale Wirkungsstudien aufweisen, wird hier nur selten erreicht (vgl. APA, 2006). Insbesondere in der praxisbegleitenden Jugendhilfeforschung lässt sich Evidenzbasierung im Sinne randomisierter Studien vermutlich kaum erreichen; feldimmanente Besonderheiten stehen diesem Anspruch entgegen. Im §1, Abs. 1 des KJHG ist das Recht *jedes* jungen Menschen „auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ festgeschrieben. Wie bereits erwähnt, verlangt der Einsatz von Kontrollgruppen ein hohes Maß an Vergleichbarkeit mit der Interventionsgruppe. Die Voraussetzungen kontrollierter Studien sind im Feld der Jugendhilfe jedoch nicht gegeben. Familien in prekären Lebenssituationen, für die ein Rechtsanspruch auf Erziehungshilfe vorliegt, müssten dazu in zwei Gruppen auf-

geteilt werden. Der Rechtsanspruch für Familien mit der Kontrollgruppenbedingung wäre folglich umgangen bzw. verwehrt worden. Derartige Vorgehensweisen wären nicht nur rechtlich bedenklich; in Studien, die wissenschaftliche Erkenntnisse auf dem Hintergrund des Schadens von Untersuchungsteilnehmern generieren, liegt auch ein ethisches Problem vor (Beywl, Speer & Kehr, 2004).

Doch selbst ohne die benannten Schwierigkeiten stößt die Praxisverwertbarkeit kontrollierter Studien an Grenzen. Zur Überprüfung der Wirksamkeit eines Behandlungsprogramms müssen Störgrößen isoliert werden; hierzu zählen u.a. soziale und organisationale Bedingungen und Prozesse (z.B. Professionalität der Fachkräfte). Bei diesen handelt es sich aber gerade in der Jugendhilfe um zentrale Aspekte zur Förderung der Wirksamkeit. Der experimentelle Ausschluss von Wirkfaktoren kann zu einer „antisozialen Bias“ führen und Ergebnisse generieren, die im Widerspruch zur praktischen Erfahrung stehen (Hope, 2005).

### **3.3 Kausalität**

Der Verzicht auf Kontrollgruppen bringt jedoch ebenfalls Schwierigkeiten mit sich. Eingruppen-Designs zur Wirksamkeitsprüfung von Behandlungs- oder Betreuungsmaßnahmen stehen vor dem Problem, eine Verbesserung im Prä-Post-Vergleich nicht a priori den Maßnahmen zuschreiben zu dürfen. Kinder und Jugendliche sind altersspezifischen Reifungs- und Entwicklungsprozessen ausgesetzt, die auf Entwicklungsschritte ebenfalls Einfluss nehmen (Petermann & Resch, 2008). Dadurch ist oftmals unklar, durch welche Bedingungen positive Entwicklungen befördert worden sind.

Um von Wirkung sprechen zu können, muss desweiteren ein nachvollziehbarer und plausibler Zusammenhang zwischen der Intervention und den Zielgrößen bestehen. Zur Erreichung der vorab explizierten Ziele müssen Betreuungs- bzw. Behandlungsmaßnahmen ausgewählt werden, die möglichst Wechsel- und Nebenwirkungen kontrollieren, und von denen unter empirischen Gesichtspunkten wohlbegründet eine Zielerreichung erwartet werden kann. Wird unter diesen Bedingungen von der Wirksamkeit einer Maßnahme ausgegangen, so dürfen dabei nicht deterministische, sondern ausschließlich probabilistische Zusammenhänge angenommen werden (Johnson, 2006).

Zuletzt muss in der Wirkungsforschung auch der Zeitpunkt der Analyse berücksichtigt werden. Schließlich folgen Wirkungen nicht immer linearen zeitlichen Entwicklungspfaden, oftmals stellen sie sich sprunghaft, verzögert oder vorübergehend dar (Glass, Willson &

Gottman, 2008). Auch äußere, kaum kontrollierbare Einflüsse (z.B. kritische Lebensereignisse) können die möglicherweise bereits zu einem früheren Zeitpunkt festgestellten Erfolge wieder vermindern oder rückgängig machen (Gabriel, 2009).

## 4. Stand der Forschung

Auf dem Gebiet der Qualitätssicherung/Qualitätsentwicklung steht die empirische Forschung in der deutschen Jugendhilfe noch am Anfang. Nur wenige Studien haben bislang Fragen zu Wirkungen und Effekten erzieherischer Hilfen aufgegriffen; langfristige Wirkungsweisen sind noch seltener Gegenstand empirischer Untersuchungen. Demgegenüber zeichnen sich die USA durch eine lange Tradition systematischer Wirkungsforschung in der Jugendhilfe aus, und auch in Großbritannien und Skandinavien findet verstärkt Forschung zum Thema statt (McNeece & Thyer, 2004).

### 4.1 National Survey of child and adolescent well-being (NSCAW)

Die umfangreichste amerikanische Studie zu den Wirkungen von Jugendhilfe-Maßnahmen findet derzeit im *National Survey of Child and Adolescent Well-Being (NSCAW)* statt. Die Ende 1997 begonnene Langzeitstudie untersucht über einen Zeitraum von zwölf Jahren Effekte der Jugendhilfe. Die repräsentative Untersuchung umfasst dabei verschiedene Beurteilergruppen; neben der Perspektive der Kinder und Jugendlichen werden zusätzlich Eltern, Lehrer und Institutionen einbezogen. Southerland, Casanueva und Ringeisen (2009) fanden dabei besonders im Langzeitverlauf teilweise ungünstige Ergebnisse. In einer von 2006-2007 durchgeführten Analyse einer fünf bzw. sieben Jahre nach Hilfeende untersuchten Teilstichprobe von n=641 18-21 Jährigen wurde mit 45.4% eine starke Häufung psychischer Auffälligkeiten gefunden. Neben sozioökonomischen Belastungen und früher Elternschaft wurden für 6.6% der Jugendlichen dieser Gruppe Alkoholabhängigkeit, und für weitere 6.5% Drogensucht berichtet. Auch andere amerikanische Studien zeigen auf, dass sich viele Jugendliche trotz der Hilfen nicht positiv entwickeln. Fox, Connolly und Snyder (2005) berichten von einer hohen Anzahl an Jugendlichen, die nach dem Hilfeende delinquente Entwicklungsverläufe einschlagen (vgl. hierzu Graves, Frabutt & Shelton, 2007; Grogan-Kaylor, Ruffolo, Ortega & Clarke, 2008). Ehemalige Hilfenutzer mit psychischen Auffälligkeiten wiesen in ihrer Analyse ein 4-fach erhöhtes Inhaftierungsrisiko auf. Copeland, Miller-



Johnson, Keeler, Angold und Costello (2007) befassten sich mit der gleichen Zielgruppe und fanden bei über einem Drittel der Jugendlichen strafrechtliche Verurteilungen; der strafrechtlich kritische Zeitraum reichte dabei vom 16. bis zum 22. Lebensjahr (Moore & Elkavich, 2008).

#### **4.2 Looking after children (LaC) / Integrated children's system (ICS)**

Studien aus Großbritannien kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Trotz Hilfe entwickelten sich auch hier viele Jugendliche im Anschluss ungünstig; 75% verließen die Schule ohne Abschluss, 50% waren arbeitslos. Psychische Auffälligkeiten und frühe Elternschaft werden für diese Gruppe ebenfalls berichtet. Viele Jugendliche waren zudem von Straffälligkeit betroffen: 38% der Inhaftierten im britischen Jugendstrafvollzug erhielten im Vorfeld Jugendhilfe-Maßnahmen (vgl. Richardson & Lelliott, 2003). Auch vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse nehmen in Großbritannien Fragen zur Qualität von Jugendhilfe-Maßnahmen einen hohen Stellenwert ein. Mit dem Programm *Looking after Children* (LaC) wurde auf Initiative des Gesundheitsministeriums zwischen 1987 und 1995 ein standardisiertes Evaluationskonzept zur Qualitätssicherung entwickelt und übergreifend eingeführt. Im Mittelpunkt des adressatenorientierten Verfahrens stehen altersspezifische Fragebögen, die zu verschiedenen Zeitpunkten im Hilfeverlauf Informationen zu Gesundheit, Erziehung und Ausbildung, familiäre und soziale Beziehungen, Entwicklung von Emotionen und Verhalten etc. erfassen. Fortlaufend aktuelle Kenntnisstände sowie die flexible Anpassung der Hilfen sollen fachlich zeitnahes Reagieren auf die jeweiligen Bedarfe und Entwicklungen der Kinder und Jugendlichen ermöglichen (Ward, 1995). Inzwischen wurde das ursprüngliche Verfahren vollständig überarbeitet und durch das *Integrated Children's System* (ICS) abgelöst. In diesem System finden sich Weiterentwicklungen der Kernelemente des Hilfeprozesses, wie beispielsweise Planung und Intervention (Cleaver et al., 2008).

#### **4.3 Jugendhilfe-Effekte-Studie**

Die *Jugendhilfe-Effekte-Studie* (Schmidt et al., 2002) ist das bislang umfangreichste Forschungsprojekt in der deutschen Kinder- und Jugendhilfe. In einem prospektiven Längsschnittdesign wurden über einen Zeitraum von fünf Jahren die Effekte erzieherischer Hilfen untersucht. Insgesamt 233 Hilfeverläufe aus fünf Hilfearten gingen in die Analyse ein; dabei wurden an vier Messzeitpunkten (Hilfebeginn, -mitte, -ende sowie Katamnese) alle am

Hilfeprozess Beteiligten in die Datenerhebung einbezogen. Ein weiteres Merkmal der Studie liegt in der Berücksichtigung aller Qualitätsdimensionen bei der Bewertung der Hilfeverläufe. Für die Kinder werden Symptomreduktionen von durchschnittlich 37% und Kompetenzsteigerungen von im Mittel 29% berichtet. Im Umfeld des Kindes wirkende Belastungen konnten um 24% reduziert werden. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass die Reduktion von Auffälligkeiten in stärkerem Maß als die Aktivierung von Ressourcen gelingt. Des Weiteren weist das Umfeld des Kindes nicht nur ein vergleichsweise höheres Maß an Veränderungsresistenz auf; in der 12-Monats-Katamnese wurde zudem deutlich, dass einzig die im Umfeld der Kinder wirkenden Belastungen nach Beendigung der Maßnahmen um 12.5% wieder zunahmen. Dagegen erwiesen sich andere Effekte nicht nur als stabil, sondern steigerten sich sogar zusätzlich. So reduzierte sich beispielsweise die Gesamtauffälligkeit der Kinder nach der Hilfe um weitere 8.7%, und auch das psychosoziale Funktionsniveau stieg nochmals um 2.2% an. In der Studie konnten zudem bedeutsame Wirkfaktoren identifiziert werden. Die Autoren konnten aufzeigen, dass erfolgreiche Hilfeverläufe unter anderem mit der Kooperation von Eltern und Kindern, der Hilfedauer und einem fachlich geplanten Hilfeende korreliert sind.

## **5. Entwicklungspsychopathologie**

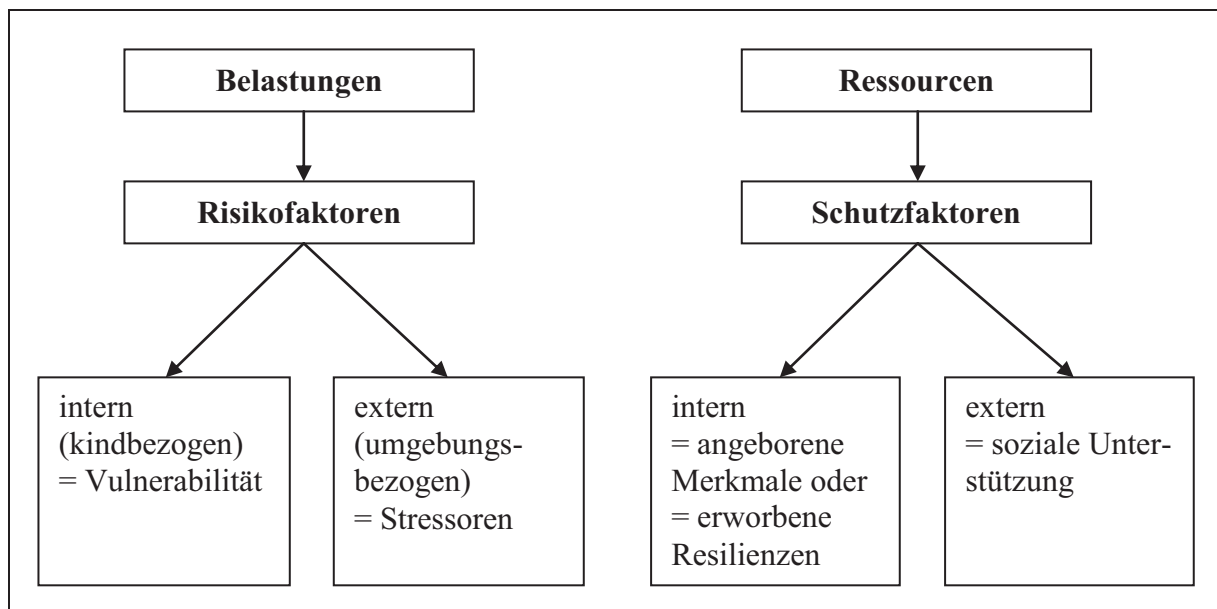
### **5.1 Das Schutzfaktorenkonzept**

Spezifische Risikokonstellationen wie fehlende emotionale Bindungen (Cicchetti & Toth, 2005), Misshandlung (Koglin & Petermann, 2008), sozioökonomische Belastungen (Kroenke, 2008) etc. führen im Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen häufig zu Anpassungsschwierigkeiten. Die Entstehung psychischer Auffälligkeiten und Störungen wird dadurch begünstigt. Jedoch gibt es Subgruppen von Betroffenen, die vergleichbaren Risikobelastungen ausgesetzt sind, ohne jemals eine psychische Störung zu entwickeln (Charuvastra & Cloitre, 2008). Das heißt, trotz identischer Risikoexposition nehmen Kinder und Jugendliche unterschiedliche Entwicklungsverläufe. Um die komplexen Prozesse, die den unterschiedlichen Verläufen zugrunde liegen, besser verstehen und präventiv sowie therapeutisch nutzbar machen zu können, untersucht die Entwicklungspsychopathologie sowohl abweichende als auch gelingende Entwicklungsverläufe (Petermann & Resch, 2008).

Das Interesse liegt dabei neben den störungsbegünstigenden vor allem bei protektiv und kompensatorisch wirkenden Einflüssen. In Abbildung 1 ist ein Modell zur Ätiopathogenese zusammengefasst. Protektive, beim Auftreten von Risikobelastungen wirksam werdende Fä-



higkeiten und Fertigkeiten, werden als *Schutzfaktoren* bezeichnet. Dabei werden auf kindbezogener Seite angeborene Schutzfaktoren wie Intelligenz und positives Temperament von umgebungsbedingten Faktoren unterschieden. Hierzu gehören beispielsweise vertrauensvolle Bindungen zu Elternpersonen, eine Peergroup mit sozial angemessenem Verhalten usw. Schutzfaktoren wirken unterstützend bei der Überwindung von belastenden Erfahrungen und bilden so *Ressourcen*; der Ressourcenbegriff bezeichnet aktuell verfügbare Potenziale zur Entwicklungsunterstützung (Petermann & Schmidt, 2009). Die erfolgreiche Anpassung an Widrigkeiten sowie die Sicherung eines altersentsprechenden psychosozialen Funktionsniveaus verweisen auf eine gute *Resilienz*. Bei Resilienz handelt es sich um ein interaktives Konzept, dass die Widerstandsfähigkeit gegen ungünstige Einflüsse und psychische Störungen erhöht (Rutter, 2006).



**Abbildung 1:** Belastungen und Ressourcen: eine Gegenüberstellung (aus Petermann et al., 2008)

Die protektive Qualität von Schutzfaktoren zeigt sich allerdings erst im Zusammenwirken mit Risikofaktoren; Risiken werden ebenfalls in kind- und umgebungsbezogene Faktoren unterschieden. Kindbezogen tragen u.a. prä-, peri- oder postnatale Komplikationen, ein schwieriges Temperament und Krankheitsanfälligkeit eine risikoerhöhende Bedeutung. Dagegen erhöhen beispielsweise psychische Krankheit der Eltern oder mangelnde soziale Unterstützung die Umfeld bezogenen Risiken (Wolke, 2008). Reagieren Kinder besonders empfindlich auf solche Bedingungen, muss von erhöhter *Vulnerabilität* ausgegangen werden. Damit ist die

generelle Anfälligkeit/Verletzbarkeit gemeint, die bei vergleichsweise geringen Belastungen mit Einschränkungen der funktionalen Adaption einhergeht. Primär vulnerabel können sich u.a. genetische Dispositionen, chronische Krankheiten und niedrige Intelligenz auswirken; sekundär wirken dagegen wiederum umgebungsbedingte Faktoren wie z.B. negatives Bindungsverhalten (Noeker & Petermann, 2008).

## **5.2 Psychische Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter**

Übersteigen Risikobelastungen die Adaptionfähigkeit der Betroffenen, kann es zu Beeinträchtigungen im Funktionsniveau kommen; je nach Dauer und Ausmaß der Dekompensation können psychische Störungen entstehen (Rutter, 2006). Die Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter liegt in der Allgemeinbevölkerung bei etwa 17% (als Übersicht Petermann, 2005). Mit einer Prävalenz von 2 bis 9% und 6 bis 10% gehören die Störung des Sozialverhaltens und die Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten dabei zu den häufigsten Verhaltensstörungen (vgl. Petermann et al., 2007). Auch hyperkinetische Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter gehören zu den häufigsten Vorstellungsanlässen in Gesundheitseinrichtungen (Döpfner, Banaschewski & Sonuga-Barke, 2008). Die Prävalenzraten hierfür variieren stark in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und dem zugrunde gelegten Diagnosesystem zwischen 0.7 und 5.4% (Schlack, Hölling, Kurth & Huss, 2007). In den meisten Studien bewegen sich die Angaben jedoch zwischen 5 und 7% (vgl. Jacobs & Petermann, 2007).

Die Prävalenzraten in der Jugendhilfe sind dagegen ungleich höher: 59.9% der Kinder und Jugendlichen erfüllen hier die Kriterien einer ICD-10-Diagnose, und 81.5% erreichen in Screenings Werte mit klinischer Bedeutsamkeit. Auch hier bilden expansive Verhaltensprobleme die Hauptgruppe (Schmid, Goldbeck, Nuetzel & Fegert, 2008). Emotionale Probleme und Belastungen sowie mangelnde Erziehungskompetenz liegen in „Jugendhilfe-Familien“ zudem ebenfalls häufig vor (Rücker, Petermann, Büttner & Petermann, 2009).

Genese und Verlauf der Störungen stellen sich dabei polyätiologisch dar; z.B. weisen Störungen des aggressiven Verhaltensspektrums verschiedene Typen auf, denen unterschiedliche Entwicklungspfade zugrunde liegen. Um den vielschichtigen Erscheinungsformen gerecht zu werden, sprechen Petermann & Petermann (2001) auch von aggressiv/dissozialem Verhalten. Dabei wird angenommen, dass massiveren Formen (wie Störungen des Sozialverhaltens) zunächst oppositionelle Problemverhaltensweisen als mildere Variante vorausgehen (Petermann & Petermann, 2008). Das meist bereits im Kindergartenalter auftretende Opponieren ist

überwiegend durch Trotz und mangelnden Gehorsam gekennzeichnet (vgl. Vloet, Herpertz & Herpertz-Dahmann, 2006). Oft entwickelt sich in der Folge insbesondere bei Jungen eine Störung des Sozialverhaltens; für Mädchen ist dieser Zusammenhang jedoch nicht belegt (vgl. Baving, 2008).

Insofern ergeben sich bereits für den Zeitpunkt des Auftretens unterschiedliche Betrachtungen: sogenannte early-starter (Frühstarter) zeigen aggressiv/dissoziales Verhalten bereits vor dem 14. Lebensjahr (Piquero & Chung, 2001). Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung sowie geringe Erziehungskompetenz kennzeichnen dabei das familiäre und häusliche Milieu. Übereinstimmend werden für Familien von Frühstartern deutliche psychosoziale Belastungen berichtet (Moffitt, 1996). Das in der Kindheit auftretende Problemverhalten führt folglich zur Ablehnung durch Gleichaltrige mit angemessenem Sozialverhalten; Kontakte zu Peers mit ebenfalls problematischem Verhalten entstehen. Dagegen zeigen late-starter (Spätstarter) das fragliche Verhalten während der Kindheit nur selten. Erst ab dem Jugendalter wirken sich ungünstige häusliche Bedingungen wie konflikthafte Partnerschaften der Eltern und die mangelhafte Wahrnehmung der elterlichen Aufsichtspflicht negativ aus. Die betroffenen Jugendlichen suchen unter diesen Umständen eher Anschluss an deviante und delinquente Gleichaltrige (vgl. Patterson & Yoerger, 1993).

Mit Blick auf den zeitlichen Verlauf der Verhaltensprobleme ergeben sich für Frühstarter ungünstige Prognosen. Die Entwicklungspfade reichen hier häufig über die gesamte Lebensspanne („life-course-persistent“) und nehmen ihren Ausgang u.a. in neuropsychologischen Defiziten (Moffitt & Lynam, 1994). Diese umfassen neben veränderten anatomischen Strukturen auch physiologische Prozesse des Nervensystems (Scheithauer & Petermann, 2002), wobei in diesem Zusammenhang eine serotonerge Dysfunktion im Bereich des frontalen Kortex und der limbischen Strukturen diskutiert wird (Maras, Laucht, Fischer, Wilhelm & Schmidt, 2006). Die infolge prä- und perinataler Komplikationen entstandenen neuropsychologischen Defizite wirken dabei beeinträchtigend auf das Temperament, Verhalten und die kognitive Entwicklung des Kindes (vgl. Vloet et al., 2006). Durch ungünstige Umweltmerkmale treten die Beeinträchtigungen noch deutlicher hervor und begünstigen aggressiv/dissoziales Verhalten, dass im Erwachsenenalter sogar in psychopathischen Persönlichkeitsmerkmalen Ausdruck finden kann (Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002). Für die Ätiologie des über die Lebensspanne stabilen Typus beschreibt auch Loeber (1990) das Risiko neuropsychologischer Defizite. Rauchen während der Schwangerschaft, Geburtskomplikationen und niedriges Geburtsgewicht können zu Regulationsstörungen beim Säugling und ein

von den Eltern als schwierig erlebtes Temperament führen. Der weitere Verlauf stellt sich analog zum bereits oben beschriebenen Entwicklungspfad dar. Aggressiv/dissoziales Verhalten mit Beschränkung auf das Jugendalter („adolescence-limited“) tritt hingegen später auf. Das in der Pubertät einsetzende Problemverhalten wird auf die Inkohärenz zurück geführt, die sich für Industrienationen zwischen der biologischen Reife und der sozialen Verantwortung von Jugendlichen beobachten lässt. Zunehmend früher einsetzende körperliche Reifungsprozesse führen nicht gleichsam zu einer Anpassung der Rechte von Jugendlichen an das Erwachseneniveau. Nach diesem Verständnis wird aggressiv/dissoziales Verhalten in dieser Entwicklungsphase als ein Aneignungsversuch von Rechten gesehen, die eigentlich dem Erwachsenenalter vorbehalten sind (Moffitt et al., 1994).

Hyperkinetische Verhaltensauffälligkeiten liegen bei Kindern und Jugendlichen in erzieherischen Hilfen ebenfalls häufig vor (Schmidt et al., 2002); die Kernsymptome werden dabei von Hyperaktivität, Impulsivität und einer beeinträchtigten Aufmerksamkeitssteuerung gebildet. Die Annahme einer genetischen Prädisposition als Ursache (Schmidt & Petermann, 2008) wird durch Zwillingsstudien gestützt, die eine deutliche familiäre Häufung des Störungsbildes nachweisen konnten (Mick & Faraone, 2008). Die Heritabilität wird auf 60–80% geschätzt; für erstgradige Verwandte von Betroffenen ergibt sich in der Folge ein etwa 5-fach erhöhtes Risiko zur Vererbung der Störung (Schimmelmann et al., 2006). Aus molekulargenetischer Perspektive werden Mutationen in DNA-Sequenzen beschrieben, die insbesondere auf katecholaminerge Gene störenden Einfluss ausüben (Castellanos et al., 2008). Hiervon besonders betroffen sind die Dopaminrezeptor-Gene DRD 1-5 sowie das Dopamintransporter-Gen DAT1 (vgl. Mick et al., 2008). Auf neurobiologischer Ebene kommt es dadurch zur Dysfunktion frontal-subkortikaler Netzwerke, die sich u.a. als Inhibitionsstörung, mangelnde Planungsfähigkeit und defizitäre Leistungsfähigkeit des Arbeitsgedächtnisses zeigt (Schmidt, Brücher & Petermann, 2006). Die damit verbundenen Defizite im kognitiven- und Verhaltensbereich wirken sich im Kontext schulbezogener Anforderungen besonders negativ aus. Neben aggressiven Verhaltensproblemen und Konflikten im Umgang mit Gleichaltrigen entwickeln die Betroffenen vielfach, zum Teil auch aus der Komorbidität mit Teilleistungsstörungen wie Dyskalkulie (Lepach & Petermann, 2007), massive Lern- und Leistungsprobleme (Loe & Feldmann, 2007).

Dabei sind die Störungen nicht auf die Kindheit und Jugend beschränkt, sondern setzen sich im Erwachsenenalter fort. In amerikanischen Studien wies ein Großteil der 18 bis 20-Jährigen mit Diagnose in der Vorgeschichte auch weiterhin störungsspezifische Symptome auf; 40%

der jungen Erwachsenen zeigten sogar das Vollbild der Störung (Döpfner et al., 2008). Gefährdend wirkt sich das Defizit an Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit zudem in Form einer erhöhten Unfallneigung im Straßenverkehr aus (Fischer, Barkley, Smallish & Fletcher, 2007). Auch langfristig resultieren aus den mit der Störung einhergehenden emotionalen Belastungen, Impulsivität und der herabgesetzten Fähigkeit zur Reizunterdrückung Probleme. Hierzu zählt vor allem der im Sinne einer missglückten Selbstmedikation zu interpretierende Substanzmittelmissbrauch, der bei Betroffenen häufig gefunden wird (Gardner, Dishion & Connell, 2008).

## **6. Hilfe zur Erziehung: Indikationsbildende Einflussfaktoren**

Familien in Erziehungshilfen weisen vielfältige Indikationsstellungen auf. In den niederschweligen ambulanten Hilfen zählen hierzu vor allem Überforderung der Eltern und Partnerschaftskonflikte sowie Sprachauffälligkeiten und Verhaltensprobleme der Kinder. Teilstationäre und stationäre Hilfen werden dagegen meist in massiveren Problem- und Konfliktlagen notwendig. Diese intensiven Hilfeformen sollen bei deutlichen Entwicklungsbeeinträchtigungen, Vernachlässigung sowie Defizite in der Pflege und Versorgung der Kinder gewährt werden (Büttner, 2008).

### **6.1 Erziehungsstile**

Die Bezeichnung „Hilfe zur Erziehung“ macht jedoch den erheblichen Einfluss von Erziehungsaspekten auf die Bewilligung der Hilfen deutlich. Unter Erziehung kann jede kindbezogene Erlebnis- und Handlungsweise verstanden werden, die von Erziehungspersonen mit oder ohne Beeinflussungsabsicht geäußert wird (vgl. Schneewind, 1980). Das kindliche Sozialverhalten beispielsweise entwickelt sich stark in Abhängigkeit des elterlichen Erziehungsstils (Koglin et al., 2008). Da Heranwachsende in der Regel insbesondere in den ersten Lebensjahren viel Zeit im Elternhaus verbringen, wird die Sozialisation maßgeblich von familiären Bedingungen und Einflussfaktoren bestimmt (Schumacher, Eisemann & Brähler, 2000). Elterliche Erziehungspraktiken gelten vor diesem Hintergrund als wichtigster Sozialisationsfaktor. Die Literatur zum elterlichen Erziehungsstil diskutiert Modelle, die zwei, bisweilen auch drei Erziehungsstildimensionen aufweisen. Danach lassen sich Erziehungsstile durch

- *emotionale Wärme,*
- *Ablehnung und Strafe* sowie
- *Kontrolle und Überbehütung* charakterisieren (vgl. Schumacher et al., 2000).

Ein von emotionaler Wärme gekennzeichneter Erziehungsstil wird mit Indikatoren des Wohlbefindens in Verbindung gebracht; die so Erzogenen entwickeln im Vergleich deutlich seltener psychische Auffälligkeiten (Booth, Rose-Krasnor, McKinnen & Rubin, 1994). Dagegen stehen die beiden letztgenannten Erziehungsstile in Zusammenhang mit Beeinträchtigungen des Wohlbefindens sowie interpersonaler- und partnerbezogener Probleme. Bei Kindern, die solchen Erziehungsbedingungen ausgesetzt sind, lässt sich außerdem eine teilweise ausgeprägte Streitbereitschaft erkennen (vgl. Schumacher et al., 2000). Der elterliche Erziehungsstil wird generell als erklärende Variable für die Entwicklung von Persönlichkeitsmerkmalen betrachtet; aber auch die Entstehung psychischer Auffälligkeiten und Störungen ist eng mit dem Erziehungsstil assoziiert (vgl. Krohne & Hock, 1994).

## 6.2 Erziehungskompetenz

Dementsprechend liegt eine der zentralen Aufgaben erzieherischer Hilfen in der Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenz. Kompetentes Erziehungsverhalten umfasst u.a. liebevollen Umgang mit dem Kind, konsequentes Einhalten normativer Vorgaben, Förderung und Unterstützung des Kindes sowie Impulskontrolle der Eltern in Konfliktsituationen (Petermann & Petermann, 2006). Doch vor allem hieran mangelt es vielfach; sozioökonomische Probleme, familiäre Belastungen oder psychische Beschwerden der Eltern etwa erschweren die Entwicklung von Erziehungskompetenz (vgl. Linderkamp, 2006). In diesem Zusammenhang ist insbesondere die psychische Situation der Mütter von Bedeutung. Für die Jugendhilfe konnte gezeigt werden, dass speziell psychisch belastete Mütter oftmals Schwierigkeiten haben, förderliche Erziehungsgrundlagen zu schaffen (Rücker, Petermann, Büttner & Petermann, 2010). Die Entwicklungsrisiken für Kinder können dabei beträchtlich sein, denn das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung von Müttern korrespondiert eng mit kindlichen Verhaltensstörungen (Laucht, Esser & Schmidt, 1998). Daneben führen auch chronisch konflikthafte Partnerschaften zu kindlichen Auffälligkeiten (Gabriel & Bodenmann, 2006).

Mit Blick auf die Entwicklung sozialer Kompetenz sowie Verhaltensauffälligkeiten von Kindern ist der besonders ungünstige Einfluss von a) inkonsistentem und b) strafendem Erziehungsverhalten hervorzuheben:

- a) Widersprüchliche Erziehungsbotschaften und inkonsequenter Umgang mit normativen Anforderungen erschweren Kindern die Internalisierung von Regeln zur Entwicklung angemessenen Sozialverhaltens. Für Inkonsistenz zeigt sich besonders im Jugendalter ein enger Zusammenhang mit externalisierenden Verhaltensproblemen und emotionalen Auffälligkeiten (Frick, Christian & Wootton, 1999).
  
- b) Negatives Erziehungsverhalten mit harten physischen Disziplinierungsmaßnahmen löst bei betroffenen Kindern Ängstlichkeit und Depressivität aus; daneben wird ein geringes Maß an Selbstwert erlebt (Gershoff, 2002). Ein starker Zusammenhang zwischen strafendem Erziehungsverhalten einerseits, und Störungen des Sozialverhaltens, oppositionellem Problemverhalten, Aggression, Delinquenz sowie Lern- und Leistungsbeeinträchtigungen andererseits bildet sich auffällig in der Altersgruppe der Neun- bis Zwölfjährigen ab (Slade & Wissow, 2002; vgl. Franiek & Reichle, 2007; vgl. Hahlweg, Heinrichs, Bertram, Kuschel & Widdecke, 2008). Hinsichtlich der Entwicklung externalisierenden Problemverhaltens zeigt sich zudem ein Geschlechtseffekt zu Ungunsten der Jungen, die deutlich stärker betroffen sind (Beelmann, Stemmler, Lösel & Jaursch, 2007).

Strafende, inkonsistente Erziehungspraktiken gelten somit insgesamt als bedeutsame Prädiktoren für externalisierendes Problemverhalten und emotionale Auffälligkeiten. In letzter Zeit werden in diesem Zusammenhang außerdem kindliche Psychopathiemerkmale diskutiert (vgl. Koglin & Petermann, 2007). Die beschriebenen Probleme sind vor allem für Kinder und Jugendliche in erzieherischen Hilfen kennzeichnend (Rücker, Petermann, Büttner & Petermann, 2010a).



Die Richtung des Zusammenhangs von negativem Erziehungsverhalten und psychischen Auffälligkeiten von Kindern verläuft jedoch nicht unidirektional (vgl. Reichle & Gloger-Tippelt, 2007). Vielmehr stehen die Probleme in einem reziproken Abhängigkeitsverhältnis, das sich gegenseitig bedingt und aufrecht erhält. Danach führen nicht nur ungünstige Erziehungsmerkmale zu kindlichen Belastungen; das kindliche Verhalten gilt ebenso als Prädiktor für die Entwicklung negativen Erziehungsverhaltens (Beelmann et al., 2007). Ein schwieriges Temperament des Kindes beispielsweise kann von Eltern derart belastend empfunden werden, dass erst aus den bereits vorhandenen Auffälligkeiten des Kindes ungünstiges Erziehungsverhalten resultiert (Burke, Pardini & Loeber, 2008).

## **7. Behandlungs- und Betreuungskonzepte**

Die an der Studie beteiligten Kinder und Jugendlichen erhielten Jugendhilfe-Maßnahmen in einer Erziehungshilfe-Einrichtung im Bundesland Hessen. Diese Einrichtung versorgt mit einem breiten Leistungsangebot seit nahezu vier Jahrzehnten Familien in prekären Lebenssituationen; die Leistungen werden sowohl ambulant, teil-stationär als auch in stationärer Form erbracht. Die Mitarbeiterstruktur weist einen Schwerpunkt auf: insbesondere Fachkräfte aus Sozialpädagogik und Psychologie nehmen den Erziehungsauftrag und die Förderung der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Familien wahr. Um die Hilfen den individuellen Problembelastungen anpassen zu können, findet im Vorfeld sorgfältige Anamnese und Diagnostik statt. Kennzeichnend ist zudem die enge Verflechtung von Forschung und Praxis. Der Einrichtung ist eine eigene Forschungsgruppe angeschlossen; diese beschäftigt sich fortlaufend mit der Sicherstellung der Leistungsqualität in den Hilfen. Darüber hinaus besteht eine Kooperation mit dem Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation (ZKPR) der Universität Bremen. Das ZKPR übernimmt aus externer Perspektive die Evaluation der in den Hilfen eingesetzten pädagogisch-therapeutischen Konzepte; im Auftrag des Leistungserbringers findet hier zudem praxisbegleitende Jugendhilfeforschung statt.

Die an der Studie beteiligten Kinder und Jugendlichen nutzten auf Grundlage der Indikationsstellung Erziehungshilfen im Kontext einer Tagesgruppe (§32, KJHG; teil-stationär) oder einer psychologischen Praxis (§§27ff, KJHG; ambulant). Die genuinen Ziele dieser beiden Hilfearten beziehen sich auf



- soziales Lernen in der Gruppe,
- nachschulische Hausaufgabenbetreuung und
- Elternarbeit.

Zusätzlich wurden in den psychologischen Praxen Familien und Kinder mit komplexeren Befundlagen therapeutisch versorgt. Das Setting ähnelte dabei dem teil-stationären Charakter der Tagesgruppen. Der Unterschied liegt jedoch in der großen Anzahl unterschiedlicher Methoden und Verfahren (Verhaltenstherapie, Psychomotorik etc.), die den Kindern und Jugendlichen in den Praxen während der Hilfe zur Verfügung standen. Die Bereitstellung therapeutischer Kompetenz in der Einrichtung stellt ein Novum dar. Obwohl die Verknüpfung von Verhaltenstherapie und Jugendhilfe in den (inter-) nationalen Leitlinien zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung vorgesehen ist, wird sie bislang kaum umgesetzt (vgl. Petermann et al., 2008).

Defizite im Zusammenhang mit schulbezogenen Anforderungen weisen einen starken Zusammenhang mit Verhaltensauffälligkeiten auf; umgekehrt führt eine Abnahme in der Leistungsproblematik häufig zur Reduktion verhaltensbezogener Auffälligkeiten (vgl. Walter & Döpfner, 2007). Auch deshalb wurde in den Hilfen besonderes Gewicht auf die Reduktion von Lern- und Leistungsstörungen gelegt. Hinter der Bezeichnung SILENTIUM steht ein Konzeptelement, das in allen Einrichtungen des an der Studie beteiligten Leistungserbringers schulische Leistungsdefizite systematisch bearbeitet. Dieses spezielle Förderinstrument zeichnet sich durch feste zeitliche Strukturen, besonders ausgestattete Räumlichkeiten und regelmäßige Dokumentation sowie Auswertung von Lernprozessen aus. Alle Kinder und Jugendlichen in der Studie wurden intensiv bei der Bewältigung spezifischer Lernstörungen und kognitiver Defizite unterstützt; parallel fand der Aufbau angemessenen Lern- und Arbeitsverhaltens statt.

Ein weiteres Merkmal der Einrichtung findet sich in den hoch strukturierten Rahmenbedingungen, in denen beispielsweise zur Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten und zum Aufbau prosozialen Verhaltens pädagogisch-therapeutische Settings angesetzt werden.

Daneben war ein wesentlicher Bestandteil der Hilfen die intensive Einbindung der Eltern zur Verbesserung der Erziehungskompetenz. Modelllernen und kritische Reflektion des Erziehungsverhaltens wurden mit allen Eltern durchgeführt; Eltern mit Hilfe in einer psychologi-

schen Praxis nahmen zusätzlich an Videografierung und Auswertung von Eltern/Kind-Interaktionen teil. In kognitiv orientierten Gesprächen wurden Informationen zu funktionalem Erziehungsverhalten vermittelt. Eltern psychisch kranker Kinder erhielten außerdem psycho-educative Unterstützung.

## **8. Methodisches Vorgehen**

### **8.1 Planung**

Im Folgenden wird der methodische Aufbau der Studie beschrieben. Gemäß der Zielsetzung, eine Katamnese-Studie im Bereich der Jugendhilfe durchzuführen, mussten Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien beteiligt werden, deren Erziehungshilfe bereits beendet war. Dies war notwendig, da eine 36-Monats-Katamnese angestrebt wurde; die Durchführung der Studie wurde aus Gründen der Finanzierung jedoch mit 24 Monaten veranschlagt (Oktober 2007 – September 2009). Anhand von drei Messzeitpunkten (prä-post-follow-up) sollte die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen hinsichtlich des allgemeinen Belastungsausmaßes, expansiver Verhaltensprobleme, emotionaler Probleme und Belastungen sowie Erziehungskompetenz der Eltern analysiert werden. Das Vorgehen gliederte sich notwendigerweise in zwei Zeitbereiche: Retrospektive Aktenanalysen markierten die ersten beiden Erhebungszeitpunkte (prä-post), während parallel dazu die dritte Datenerhebung (follow-up) zum aktuellen Zeitpunkt (36 Monate nach Abschluss der Jugendhilfe-Maßnahme) mittels standardisierter Verfahren stattfand. Die theoretisch orientierte Einarbeitung in das Feld „Jugendhilfe“ sowie die Erstellung des Untersuchungsplans nahmen etwa 3 Monate Zeit in Anspruch, so dass 2008 (drei Jahre nach Hilfeende) mit den Datenerhebungen begonnen werden konnte. Das Studiendesign wurde spezifisch angepasst, und die Kohorte 2005 ausgewählt. Dabei handelte es sich um Kinder, Jugendliche und ihre Familien, deren erzieherische Hilfe mit Ablauf des Jahres 2005 endete. Zur Vermeidung von Konfundierung (Atteslander, 1995) wurden Familien, die im Anschluss an die hier untersuchten Jugendhilfe-Maßnahmen weitere Hilfen erhielten, nicht beteiligt. Um in der Jugendhilfe Effekte zu erzielen, sollte die Laufzeit der Maßnahmen mindestens zwölf Monate betragen (Macsenaere & Knab, 2004). An dieser Studie wurden alle Familien mit einer Minstdauer der Hilfen von sechs Monaten beteiligt. Lediglich in zwei Fällen wurde dieses Kriterium unterschritten und die entsprechenden Familien somit nicht einbezogen.

## 8.2 Organisation

Als Datengrundlage für den Prä-Post-Vergleich dienten die während der Hilfe von der Jugendhilfe-Einrichtung geführten Akten. Diese wurden retrospektiv ausgewertet. Zuvor jedoch mussten die ehemals durch die Einrichtung betreuten Familien aufgesucht und um Einverständnis zur Teilnahme an der Studie gebeten werden. Die Listen mit den an der Studie zu beteiligenden Familien sowie ihre letzten bekannten Kontaktdaten wurden von der Jugendhilfe-Einrichtung zur Verfügung gestellt. Infolge des seit dem Ende der Hilfe verstrichenen Zeitraums von drei Jahren waren nicht mehr alle vorliegenden Anschriften und Telefonnummern gültig; die Ermittlung der aktuellen Kontaktdaten gestaltete sich häufig schwierig. In manchen Fällen konnten Telefonnummern über Telefonbücher („Das Öffentliche“) im Internet recherchiert werden. In anderen Fällen half das in der Einrichtung beschäftigte Fachpersonal, sofern die Mitarbeiter Kenntnisse über den aktuellen Wohnsitz der ehemals betreuten Familien hatten. Einige Familien waren jedoch unbekannt verzogen und konnten somit nicht erreicht werden. Schließlich wurden alle erreichbaren Familien telefonisch kontaktiert, wobei ein zuvor konzipierter Gesprächsleitfaden für Telefonate im Zusammenhang mit der Organisation der Studie zugrunde gelegt wurde. Dieser enthielt im Wesentlichen folgende Punkte:

- Vorstellung
- Anlass des Anrufs
- Genaue Darstellung der Studie und ihrer Ziele
- Zusicherung von Anonymität und kodierter Datenverarbeitung bei Teilnahme
- Bitte um Einverständnis zur Studienteilnahme
- Gegebenenfalls Verabredung weiterer Telefonate und Vereinbarung von Bedenkzeit
- Hinterlassen eigener Kontaktdaten
- Verabschiedung

Nach erfolgter Zusage wurden die in der Einrichtung archivierten Akten zu Auswertungszwecken angefordert und mit den Familien ein Besuchstermin für die Katamnese-Befragung zu Hause vereinbart. Einige Familien willigten zwar ein, konnten zum verabredeten Zeitpunkt jedoch nicht angetroffen werden. Es stellte sich heraus, dass der vereinbarte Termin von manchen Eltern vergessen wurde, oder mangelnde Motivation die Einhaltung erschwerte. Nach

diesen Erfahrungen wurde dazu übergegangen, die an der Studie beteiligten Familien in regelmäßigen Abständen telefonisch an den Befragungstermin zu erinnern. Dieses Vorgehen war mit vermehrtem Zeitaufwand verbunden, erhöhte die Verbindlichkeit der Zusagen allerdings deutlich. Verbindliche Zusagen waren auch deshalb wichtig, weil die Durchführung der Studie dem Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen angegliedert war, die Familien hingegen im Bundesland Hessen aufgesucht werden mussten. Ein paar Familien konnten klar ihr Desinteresse an der Befragung kommunizieren. In diesen Fällen, und wo Familien auf implizitem Wege einen Mangel an Interesse signalisierten, wurde selbstverständlich von weiteren Anrufen abgesehen. Auf diese Weise konnten 63 Familien an der Studie beteiligt werden. Aus methodischen Gründen gingen manche Familien allerdings nicht in jeden der insgesamt drei Untersuchungsabschnitte ein. Beispielsweise konnten beim Vergleich traditioneller und zerbrochener Familien nicht alle Teilnehmer einbezogen werden, weil im Prä-Post-Vergleich der Status von Paarerziehend auf Alleinerziehend wechselte (siehe 9.2).

### **8.3 Durchführung**

#### *Prä-Post-Vergleich*

Für eine umfassende Hilfeplanung trägt die Einrichtung in einem Mehrperspektiven-Ansatz umfangreiches Informationsmaterial zu jeder betreuten Familie zusammen. Das in Akten zusammen gefasste Material enthält Angaben von Kindern, Jugendlichen und Eltern. Zudem fließen Information des Jugendamtes, der Schule und beteiligter Fachkräfte ein. Die in den Akten aufgeführten Diagnosen wurden von in der Einrichtung beschäftigten und/oder niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten oder von in Kliniken beschäftigten oder niedergelassenen Kinderärzten bzw. Kinder- und Jugendpsychiatern gestellt. Die Akten-dokumentation erfolgte in strukturierter Form durch dafür angeleitete Sozialpädagogen und Diplompsychologen. Es waren Angaben zum Hilfebeginn, -verlauf sowie zum Abschluss der Jugendhilfe-Maßnahme enthalten. Der Großteil der Informationen lag dabei in qualitativer Form vor. Zur Realisierung einer empirischen Studie mussten die Akten systematisch und theoriegeleitet bearbeitet, und die Informationen kategorisiert werden. Dazu wurden sie in einem ersten Schritt mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2008) strukturiert:

1. Zunächst musste definiert werden, welche Textbestandteile kategorisiert werden sollen. Ausgehend von den Zielen ambulanter und teilstationärer Jugendhilfe-Maßnahmen, waren beispielsweise alle Hinweise auf Verhaltensprobleme und schulbezogene Problemlagen der Kinder und Jugendlichen von Interesse. Familiäre Konflikte sowie Informationen zum Erziehungsstil der Eltern wurden ebenfalls einbezogen.
2. Exemplarisch wurden konkrete Textstellen kategorisiert, die für das weitere Vorgehen als Ankerbeispiele dienten. Dieser Schritt erhöhte die Orientierung am Material und erleichterte die Zuordnung der maßgeblichen Informationen.
3. Für den Fall, dass die in qualitativer Form vorliegenden Daten nicht eindeutig zuordenbar sind, mussten Kodierregeln entwickelt werden. Durch dieses Vorgehen konnten schon frühzeitig „Unschärfen“ bei der Zuordnung des Materials zu den Kategorien aufgedeckt, und klares Differenzieren ermöglicht werden.

Um eine quantitative Datengrundlage zu bilden, musste das Material nach erfolgter Strukturierung (wie bereits erwähnt) in ein Kategoriensystem überführt werden. Während die qualitative Inhaltsanalyse die Entwicklung eines am Aktenmaterial orientierten Kategoriensystems vorsieht, wurde in der vorliegenden Studie auf diesen Schritt verzichtet. Nach sorgfältiger Prüfung zeigte sich nämlich, dass die vorliegenden Aktendokumente mithilfe der Achsen I, II und V, Multiaxiales Klassifikationsschema der ICD-10 (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) gut kategorisiert werden konnten. Die Achsen erfassen Problemstellungen, die (unter empirisch abgesicherten Gesichtspunkten) für den Großteil aller Kinder und Jugendlichen ein substantielles psychosoziales Risiko darstellen (Remschmidt et al., 2006).

Die fünfte Achse erfasst anhand zehn übergeordneter Kategorien (siehe Tabelle 1) mit insgesamt 39 Kodierungsmöglichkeiten *assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände*. Zusätzlich kann die Intensität durch die in der fünften Achse vorgegebene Einteilung des Schweregrads von 0 bis 2 abgestuft werden. Die Vergabe der Ziffern erfolgte auf Grundlage der Textinformationen. Wurden Belastungen ohne steigernde Adjektive beschrieben, wurde der Schweregrad 1 angenommen. Bei der Verwendung von Adjektiven wie „sehr“, „stark“ oder „schwer“ in Zusammenhang mit den jeweiligen Belastungssituationen, wurde die Ziffer „2“ zugeordnet.

**Tabelle 1:** Kategorien aus Achse V, Multiaxiales Klassifikationsschema, ICD-10.

Klassifikationssystem	
00.	Keine signifikante Verzerrung oder unzureichende psychosoziale Umstände
1.	Abnorme intrafamiliäre Beziehungen
2.	Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
3.	Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
4.	Abnorme Erziehungsbedingungen
5.	Abnorme unmittelbare Umgebung
6.	Akute, belastende Lebensereignisse
7.	Gesellschaftliche Belastungsfaktoren
8.	Chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule/Arbeit
9.	Belastende Situationen infolge Verhaltensstörungen/Behinderungen des Kindes

In der Aktenanalyse wurden Defizite in der elterlichen Erziehungskompetenz gefunden. Inkonsistente Erziehungspraktiken stehen in engem Zusammenhang mit externalisierenden Verhaltensproblemen (Koglin & Petermann, 2008); u.a. führen eine unzureichende Strukturierung des Alltags und unklare Anforderungen an Kinder dazu, dass ein angemessenes Sozialverhalten nicht, oder nur in geringem Maße von Kindern entwickelt werden kann (Petermann & Petermann, 2006). Inkonsistentes Erziehungsverhalten und unklare Anforderungen an ein Kind wurden in der Unterkategorie 4.1 (unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung) mit Z62.0 kodiert; dieser Bereich wird im Folgenden als *mangelnde Erziehungskonsequenz* bezeichnet. Inkonsistentes Erziehungsverhalten sowie erzieherische Divergenzen zwischen den Elternteilen wurden ebenfalls unter 4.1 kategorisiert und mit Z62.0a kodiert. Dieser Punkt wird vereinfachend *divergierende Erziehungsmethoden* genannt. Die Beschreibung von Erziehungsverhalten, das die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes einschränkt, wurde in der Unterkategorie 4.2 (*Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt*) mit der Kodierung Z62.8 versehen.

Für Selbstwertprobleme der Jugendlichen ergab die Aktenanalyse eine starke Häufung. Belastungen in Zusammenhang mit niedrigen Selbstwertgefühlen wurden in der Unterkategorie 6.3 (Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen) mit Z61.3 kodiert; verkürzend wird hier im Weiteren von *Selbstwertproblematik* gesprochen. Stark verbreitet war ein Mangel an Integration und Teilhabe; das Fehlen einer Gleichaltrigengruppe mit angemessenem Sozialverhalten und/oder seltene Sozialkontakte sowie Alleinsein im Großteil der Freizeit wurde als *soziale Isolation* in der Unterkategorie 9.8 (Andere) kodiert. Neben den in Achse V

aufgeführten Kodierungsmöglichkeiten wurde zur Erfassung von *Lern- und Leistungsproblemen* die Achse II des Multiaxialen Klassifikationsschemas herangezogen. Probleme im Zusammenhang mit schulbezogenen Anforderungen wurden unter F81.9 (nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten) kodiert. In Fortführung des in Achse V vorgegebenen Algorithmus‘ wurden auch hier (nach den gleichen Kriterien wie oben) Merkmalsabstufungen vorgenommen.

Dieses Vorgehen wurde konsequenterweise auch im Umgang mit den Diagnosen beibehalten, die der Achse I des Multiaxialen Klassifikationsschemas zuzuordnen sind. Dabei muss angemerkt werden, dass Diagnosen allein zwar einen Hilfebedarf nach §35a begründen können, jedoch nicht für Jugendhilfe-Maßnahmen generell. Hier lagen vor allem die Störung des Sozialverhaltens (=aggressiv-dissoziales Verhalten; F91.1) und *oppositionelles Problemverhalten* (F91.3) vor; Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (F90.0) werden als *Hyperaktivität* bezeichnet. Komorbide Störungen konnten aufgrund der Aktenlage nicht sicher erfasst werden. In der Studie bleiben sie deshalb unerwähnt.

Schließlich wurden *alle* Belastungen der Kinder und Jugendlichen am Hilfebeginn und am Hilfeende erfasst und kodiert. Dazu wurden die Merkmalsausprägungen der Kodierungen und Diagnosen aus den verwendeten Achsen zu *Risikopunkten* aufsummiert. Hohe Punktwerte zeigten dabei größere Belastungen an, niedrigere Punktwerte dagegen geringere. Die Grundlage dieses Ansatzes rekuriert auf Rutter (1989), der zeigen konnte, dass für die Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Störungen nicht die Art des Risikos, sondern die Anzahl der Risiken von Bedeutung ist (Koglin, Janke & Petermann, 2009).

Die in den Akten am häufigsten vorgefundenen Diagnosen und Kodierungen sind in Tabelle 2 aufgetragen. Aus den jeweiligen Problembeschreibungen konnten die Skalen *Externalisierende Verhaltensprobleme*, *Emotionale Probleme und Belastungen*, *Erziehungskompetenz* und *Risikopunkte* gebildet werden.



**Tabelle 2:** Zusammenfassung der Diagnosen und Kodierungen auf den Achsen I, II und V zu Gesamtskalen.

Diagnosen/Kodierungen	Skalen
(F91.1) Aggressiv-dissoziales Verhalten	<i>Externalisierende Verhaltensprobleme</i>
(F91.3) Oppositionelles Problemverhalten	
(F90.0) Hyperaktivität	
(Z61.3) Selbstwertproblematik	<i>Emotionale Probleme und Belastungen</i>
(9.8) Soziale Isolation	
(F81.9) Lern- und Leistungsprobleme	
(Z62.0) Mangelnde Erziehungskonsequenz	<i>Erziehungskompetenz</i>
(Z62.0a) Divergierende Erziehungsmethoden	
(Z62.8) Erziehung, die unzureichende Erfahrung vermittelt	
Gesamtzahl der Kodierungen und Ausprägungen für die Jugendlichen auf den Achsen I, II und V:	<i>Globalmaß Risikopunkte</i>

### *Follow-Up*

Am 3. Messzeitpunkt, 36 Monate nach dem Hilfeende, wurden die ehemals durch die Jugendhilfe betreuten Familien mittels standardisierter Erhebungsinstrumente befragt. Zu diesem Zeitpunkt waren die Jugendlichen dieser Stichprobe im Mittel 16.8 Jahre alt. In diesem Alter wird die Realisierung wichtiger Entwicklungsaufgaben wie Arbeitsplatzsuche und der Aufbau gegengeschlechtlicher Partnerschaften verlangt (Arnett, 2006). Die Ergebnisse dieses Entwicklungsabschnitts werden gewöhnlich an normativen Ereignissen wie der Erlangung eines Schulabschlusses und Ausbildungs-/Arbeitsplatzes, ökonomischer Unabhängigkeit, Straffreiheit u.a. gemessen (Bynner, 2005). Die Katamnese-Befragung wurde drei Jahre nach Abschluss der Maßnahme durchgeführt, um die langfristige Wirksamkeit erzieherischer Hilfen speziell in dieser Entwicklungsphase überprüfen zu können. Bei der Auswahl der Instrumente wurden folgende Aspekte berücksichtigt:

- a) Gütekriterien
- b) Alter der Kinder/Jugendlichen
- c) Ziele der Jugendhilfe-Maßnahme
- d) Pragmatische Überlegungen



Unter den zugrunde gelegten Kriterien, wurden verschiedene Verfahren eingesetzt. Das *Inventory zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen* (ILK) von Mattejat und Remschmidt (2006) erhebt die Lebensqualität sowie Problembelastungen bei gesunden, psychisch kranken oder körperlich kranken Kindern und Jugendlichen. Die Gütekriterien bewegen sich im mittleren bis hohen Bereich. Das Verfahren kann im Rahmen der klinischen Praxis und der Forschung eingesetzt werden (Mattejat & Remschmidt, 2006).

Das *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) von Goodman (1997) ist ein Screeningverfahren mit 25 Items zur Erfassung der Stärken und Schwächen 3 bis 16 jähriger. Die Skalen 1-4 erfassen Angaben zu den Bereichen emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen. Addiert ergeben diese Skalen einen Gesamtpblemscore. Auf der fünften Skala hingegen wird prosoziales Verhalten erhoben. Es gibt keine Normierung für die deutsche Version des SDQ, doch eine ganze Reihe von Studien belegen die Validität dieses Verfahrens. Es lässt sich im Rahmen der klinischen Praxis und der Forschung einsetzen, denn es liefert erste Hinweise auf mögliche Symptome, Störungsbilder, aber eben auch auf die Ressourcen der Betroffenen (Goodman, 1997).

Das in den USA von Knight, Sherritt, Shrier, Harris und Chang (2002) entwickelte Screeningverfahren *CRAFT* erhebt über 6 Items Daten zum Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen. Das Verfahren differenziert problematischen Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit. Die Testgütekriterien stellen sich auf Grundlage der Kriteriumsvalidierung insgesamt zufriedenstellend dar (Knight, Sherritt, Shrier, Harris & Chang, 2002).

Der *Family Adversity Index* (FAI) nach Rutter (1977) erfasst über sechs Skalen Belastungen der Eltern, Belastungen der Partnerschaft und Belastungen der Familie. Da nahezu eine lineare Beziehung zwischen ansteigenden Werten im FAI und Auffälligkeiten des Kindes besteht, erweist sich dieses Verfahren als guter Prädiktor für psychiatrische Probleme bei Kindern und Jugendlichen (Voll et al., 1982).

Zudem wurde nach Zeugnisnoten, Schulabschluss, Ausbildungs-/Arbeitsplatz und nach strafrechtlich relevanten Delikten gefragt.

## 8.4 Auswertungsstrategie

Die Informationen und Daten aus den insgesamt drei Erhebungszeitpunkten wurden mit inferenzstatistischen Verfahren verknüpft und ausgewertet. Je nach Abstufung der Variablen wurden im ersten Untersuchungsteil der t-Test für abhängige Stichproben, der verteilungsfreie Wilcoxon-Test (Vorzeichen-Rangtest) oder der t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Um das Ausmaß der Veränderungen zwischen den beiden Zeitpunkten bestimmen zu können, wurde die Effektstärke  $d$  berechnet (Bortz & Döring, 2006). Der Effektstärke liegt eine Einteilung zugrunde, nach der ein mittelstarker Effekt bei  $d = .50$  und ein starker Effekt bei  $d = .80$  vorliegt. Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirksamkeit wurden durch die Differenzen zwischen Effektstärken ( $d_{\text{diff}}$ ) dargestellt.

Die Unterschiedshypothesen im zweiten Untersuchungsteil wurden mit dem  $\chi^2$ -Test geprüft. Die Hilfedauer bei Ein- und Zweielternfamilien wurde mit dem T-Test für unabhängige Stichproben verglichen. Der Zusammenhang zwischen Belastungsreduktion und Hilfedauer wurde mit dem *Pearson* Korrelationskoeffizient bestimmt. Die Wirksamkeit zum Hilfeende wurde mit Kovarianzanalysen berechnet, wobei die Ausgangswerte als Kovariate einfließen. Die Effekte wurden nach Eta-Quadrat ( $\eta^2$ ) nach der Formel von Cohen (1988) standardisiert; hiernach wird bei  $\eta^2 = .01$  von einem kleinen, bei  $\eta^2 = .06$  von einem mittleren und bei  $\eta^2 = .14$  von einem großen Effekt gesprochen.

Im dritten Untersuchungsteil erfolgte die Einteilung der Jugendlichen in Risikogruppen auf der Basis von Perzentilwerten, so dass im Umfang vergleichbare Größen resultierten. Gruppenvergleiche zur Problembelastung wurden mit dem T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Mit dem gleichen Test wurde geprüft, ob zwischen auffälligen und unauffälligen Konsumenten Unterschiede hinsichtlich des Abbaus an Risikopunkten vorliegen. Mit Blick auf familiäre Belastungen und Konsumverhalten wurden Unterschiede zwischen den Risikogruppen mit dem U-Test von Mann-Whitney überprüft. Zum Vergleich der Gruppen auf den Skalen des SDQ wurden Varianzanalysen mit anschließendem Scheffé-Test berechnet.

## 9. Studienergebnisse

### 9.1 Wirksamkeit ambulanter und teilstationärer Jugendhilfe: Studie I

Um Familien in schwierigen Lebenslagen optimale Versorgung anbieten zu können, bedarf es empirisch gesicherter Erkenntnisse über die Angemessenheit der in den Hilfen eingesetzten pädagogisch-therapeutischen Konzepte. Es wird geprüft, in welchem Ausmaß Leistungsnutzer zwischen Hilfebeginn und Hilfeende von Jugendhilfe-Maßnahmen profitieren (Rücker, Petermann, Büttner & Petermann, 2009). Insgesamt 50 Jugendliche erhielten erzieherische Hilfen mit einer Laufzeit von durchschnittlich zwei Jahren. Vor Hilfebeginn sowie nach Abschluss der Maßnahme wurden die zur Indikation einer erzieherischen Hilfe führenden Problembereiche systematisch erfasst und die Belastungsausmaße in einem Prä-Post-Vergleich gegenübergestellt.

#### 9.1.1 Ergebnisse

Die Auswertungen zeigen die Belastungen der Jugendlichen auf (Tab. 3). Zum ersten Zeitpunkt (Prätest) konnten bei 18.4% der Jungen und 66.7% der Mädchen oppositionelle Problemverhaltensweisen beobachtet werden. Über 76.3% der Jungen und 33.3% der Mädchen wird zudem aggressiv-dissoziales Verhalten berichtet. Hyperaktivität lag bei knapp der Hälfte der Jungen (44.8%) vor, allerdings bei keinem Mädchen. Neben diesen externalisierenden Verhaltensstörungen waren die meisten Jungen (81.5%) und Mädchen (58.3%) sozial isoliert. Lern- und Leistungsprobleme konnten für 35 Jungen (92.1%) und zehn Mädchen (83.4%) beschrieben werden. Außerdem wurde bei 26 Jungen (68.4%) und sieben Mädchen (66.7%) eine Selbstwertproblematik beobachtet.

Familiär belastende Schwierigkeiten wie sozioökonomische Probleme oder zerbrochene Familien wurden in der hier beschriebenen Stichprobe ebenfalls gefunden. Da diese Situationen von der Jugendhilfe kaum verändert werden können, gingen sie in die Analyse nicht ein. Die von der Erziehungshilfe beeinflussbaren Familienprobleme bezogen sich dagegen auf das Erziehungsverhalten der Eltern. 35 Jungen (92.1%) und zwölf Mädchen (100%) hatten Eltern (-teile), deren Erziehungsverhalten von einem Mangel an Konsequenz gekennzeichnet waren, während 15 Jungen (39.5%) und sechs Mädchen (50%) divergente Erziehungspraktiken im häuslichen Milieu erlebten. Einer Erziehung, die unzureichende Erfahrung vermittelt, waren 27 Jungen (71.1%) und zehn Mädchen (83.3%) ausgesetzt.

**Tabelle 3:** Anzahl der Kodierungen aus Achse V sowie umbenannte Diagnosen der Achsen I und II (MAS) der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern am Hilfebeginn (N=50).

ICD-10 Achse 5; Z-Kodierungen ICD-10 Diagnosen	Männlich		Weiblich	
	N	%	N	%
<i>Kinder und Jugendliche</i>				
Oppositionelles Problemverhalten	7	18.4	8	66.7
Aggressiv-dissoziales Verhalten	29	76.3	4	33.3
Hyperaktivität	17	44.8	0	0.0
Soziale Isolation	31	81.5	7	58.3
Lern- und Leistungsprobleme	35	92.1	10	83.4
Selbstwertproblematik	26	68.4	7	66.7
<i>Eltern</i>				
Mangelnde Erziehungskonsequenz	35	92.1	12	100.0
Divergierende Erziehungsmethoden	15	39.5	6	50.0
Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt	27	71.1	10	83.3

In Tabelle 4 sind die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleichs zusammengefasst. Nach dem Ende der Jugendhilfe reduzieren sich alle Problembereiche signifikant. Auf der Ebene der psychischen Belastungen reichen die Effekte von  $d=1.55$  für Lern- und Leistungsprobleme bis zu  $d=.57$  für oppositionelles Problemverhalten. Insgesamt liegen die Effektstärken für die Probleme, die nicht expansives Verhalten betreffen, deutlich höher. Wobei auch für aggressiv-dissoziales Verhalten mit  $d=.99$  von einem sehr hohen Effekt gesprochen werden kann. Ein hoher Effekt konnte mit  $d=.61$  schließlich für die Belastungsreduktion im Kontext mit Hyperaktivität gefunden werden.

Die problematischen Ausgangswerte im expansiven Verhaltensbereich signalisieren, dass aus den benannten Schwierigkeiten zusätzliche Belastungen resultieren. Ein weiteres Kennzeichen der Stichprobe zum ersten Zeitpunkt bildete die soziale Isolation. Hier kann zum Hilfeende mit  $d=1.06$  eine Veränderung gefunden werden, die sich klar von der Situation vor der Hilfe unterscheidet.

Wenig überraschend lassen sich in diesem Zusammenhang Selbstwertprobleme bei den Jugendlichen finden. Über einen Effekt von  $d=1.07$  zeigt der Vergleich der beiden Zeitpunkte eine Stärkung des Selbstwertgefühls zwischen Hilfebeginn und -ende an.

**Tabelle 4:** Ergebnisse aus dem Prä-Post-Vergleich. Effektstärken für Kinder, Jugendliche und Eltern (N=50).

ICD-10 Achse 5; Z Kodierungen ICD-10 Diagnosen	Prätest		Posttest		Test- statistik	Effekt- stärke
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>z</i>	<i>D</i>
<i>Kinder und Jugendliche</i>						
Oppositionelles Problemverhalten	0.46	0.76	0.12	0.32	-3.49***	0.57
Aggressiv-dissoziales Verhalten	1.32	0.95	0.50	0.67	-4.76***	0.99
Hyperaktivität	0.64	0.92	0.36	0.52	-3.74***	0.61
Soziale Isolation	1.22	0.81	0.46	0.64	-5.03***	1.06
Lern- und Leistungsprobleme	1.68	0.65	0.66	0.62	-5.79***	1.55
Selbstwertprobleme	0.98	0.82	0.44	0.57	-5.19***	1.07
<i>Eltern</i>						
Mangelnde Erziehungskonsequenz	1.78	0.54	0.90	0.67	-5.56***	1.35
Divergierende Erziehungsmethoden	0.68	0.86	0.28	0.60	-3.78***	0.66
Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt	1.34	0.87	0.48	0.58	-5.47***	1.28

Anmerkungen. \*\*\* $p < .001$ .

Die Erziehungsdefizite der Eltern haben sich im Prä-Post-Vergleich ebenfalls signifikant reduziert. Der stärkste Effekt liegt für den Bereich „mangelnde Erziehungskonsequenz“ mit  $d=1.35$  vor, gefolgt von „Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt“ mit  $d=1.28$ . Ein mit  $d=.66$  immer noch hoher Effekt lässt sich für den Bereich „divergierende Erziehungsmethoden“ beobachten. Bei der hohen Merkmalsausprägung in „mangelnder Erziehungskonsequenz“ handelt es sich um den im Vergleich am stärksten betroffenen Problembe-  
reich. In diesem Zusammenhang fallen die Parallelen zu dem ebenfalls deutlich ausgeprägten „aggressiv-dissozialen Verhalten“ auf. In mangelnder Erziehungskonsequenz scheint sich einer der Hauptgründe für die Indikation einer erzieherischen Hilfe zu dokumentieren. Es konnte vor Hilfebeginn kein anderes Problem mit dieser Häufigkeit gefunden werden.

### 9.1.2 Altersspezifische Effektivität

Um altersabhängige Einflüsse zu untersuchen, wurde die Stichprobe am Median in zwei Gruppen aufgeteilt. Die altersbezogene Spannweite in der Gruppe der Jüngeren reichte am Hilfebeginn von 6.2 bis 10.9, in der Gruppe der Älteren von 11.0 bis 14.9 Jahren.

**Tabelle 5:** Altersspezifische Unterschiede in den Effektstärken für jüngere (bis 10.9 J.) und ältere (ab 11.0 J.) Kinder und Jugendliche und Effekte auf Seiten ihrer Eltern (N=50).

Altersgruppe		Prätest		Posttest		Test- statistik	Effekt- stärke
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>z</i>	<i>D</i>
<i>Kinder und Jugendliche</i>							
Aggressiv- dissoziales Verhal- ten	jünger	1.55	0.85	0.64	0.65	-3.54***	1.21
	älter	1.14	1.00	0.39	0.68	-3.28***	0.84
Hyperaktivität	jünger	0.91	1.01	0.50	0.59	-3.00**	0.81
	älter	0.43	0.79	0.25	0.44	-2.23*	0.46
<hr/>							
<i>Eltern</i>							
Divergierende Er- ziehungsmethoden	jünger	0.86	0.88	0.23	0.52	-3.07***	0.88
	älter	0.54	0.83	0.32	0.67	-2.44*	0.50

*Anmerkungen.* \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Tabelle 5 zeigt Outcome-Variablen, für die Altersunterschiede in den Effektstärken gefunden werden konnten. Sowohl für den expansiven Verhaltensbereich als auch für die elterliche Erziehungskompetenz zeichnet sich für Jüngere ein zusätzlicher Hilfenutzen ab. Für aggressiv-dissoziales Verhalten lässt sich ein Effektstärkenunterschied zwischen den beiden Altersgruppen von  $d_{\text{diff}}=.37$  berichten.

Während für die Hyperaktivitäts-Behandlung älterer Jugendlicher in erzieherischen Hilfen mit  $d=.46$  bereits ein mittelstarker Effekt gefunden wird, erreichen die Verbesserungen in der jüngeren Gruppe mit  $d=.81$  den Umfang eines starken Effekts. Mithin vermittelt die Differenz von  $d_{\text{diff}}=.35$  zwischen den Altersgruppen den Eindruck, dass Jugendhilfe-Maßnahmen in größerem Ausmaß die im Vergleich jüngere Altersgruppe erreichen. Diese Reduktion trifft auch für divergierende Erziehungsmethoden auf die Eltern der jüngeren Jugendlichen zu. Wie deutlich Eltern mit jüngeren Kindern innerhalb der Hilfen zu einem konsistenten Erziehungsstil finden können, bildet sich mit  $d=.88$  in Form eines starken Effekts ab. Wenngleich ein Effektstärkenunterschied von  $d_{\text{diff}}=.38$  zwischen den beiden Altersgruppen gefunden wurde,

so konnten Eltern mit älteren Kindern ihre Erziehungskompetenz im Kontext divergenter Erziehungsmethoden jedoch ebenfalls deutlich steigern. In dieser Gruppe wurde ein Kompetenzzuwachs von mittlerer Effektstärke ( $d=.50$ ) festgestellt.

### 9.1.3 Geschlechtsspezifische Effektivität

Die Merkmale, für die geschlechtsspezifische Unterschiede gefunden wurden, sind in Tabelle 6 wiedergegeben. Hier vermittelt der Effektstärkenunterschied von  $d_{\text{diff}}=.66$  zwischen den Geschlechtern den Eindruck, dass Jungen mit aggressiv-dissozialem Verhalten von Jugendhilfe-Maßnahmen stärker profitieren. Es muss jedoch beachtet werden, dass nur vier Mädchen mit schwacher Merkmalsausprägung (vgl. Tab. 3) in dieser Kategorie vertreten sind. Das nicht signifikante Ergebnis geht somit auf eine ohnehin kaum vorliegende Merkmalsausprägung zurück.

**Tabelle 6:** Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Effektstärken für Kinder, Jugendliche und Eltern (N=50).

		Prätest		Posttest		Test-statistik	Effektstärke
Geschlecht		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>z</i>	<i>D</i>
<i>Kinder und Jugendliche</i>							
Aggressiv-dissoziales Verhalten	männlich	1.53	0.86	0.58	0.68	-4.51***	1.18
	weiblich	0.67	0.98	0.25	0.62	-1.63	0.52
<i>Eltern</i>							
Mangelnde Erziehungskonsequenz	männlich	1.71	0.61	0.84	0.71	-4.68***	1.23
	weiblich	2.00	0.00	1.08	0.51	-3.05***	1.78

Anmerkungen. \*\*\* $p<.001$ .

Die Erziehungskonsequenz der Eltern konnte generell gesteigert werden. Eltern mit Mädchen in erzieherischen Hilfen weisen im Vergleich zu Eltern mit Jungen jedoch größere Veränderungen auf. Dieser Unterschied bildet sich mit  $d_{\text{diff}}=.55$  als zusätzlicher mittelstarker Effekt ab.

### 9.1.4 Diskussion

Das Ziel der Studie lag in der Nutzenanalyse teilstationärer und ambulanter Erziehungshilfen im Projekt Petra. Dieser Leistungserbringer hält differenzierte ambulante, teilstationäre sowie stationäre Angebote im Jugendhilfebereich vor. Die Ergebnisse dieser Studie belegen den



beachtlichen Gesamtnutzen der Hilfen für die Jugendlichen und ihre Eltern (Rücker et al., 2009). Die zum Teil sehr deutlichen Effekte sind sicherlich vor dem Hintergrund des besonderen Konzepts und der strukturellen Merkmale des Projekts Petra zu interpretieren.

Besonderes Augenmerk legt die Einrichtung auf systematische Elternarbeit. Die Effektivität wird durch die deutliche Steigerung der Erziehungskompetenz belegt. Um den in der Jugendhilfeklientel häufig vorhandenen psychischen Störungen und den damit besonderen Anforderungen der Betroffenen gerecht werden zu können, findet sich in der Einrichtung hinsichtlich Mitarbeiteranzahl und -qualifikation eine Akzentuierung auf psychologisch-therapeutisches Fachpersonal. Petermann et al. (2008) sowie Nitkowski et al. (2009) fanden deutliche Effekte im Bereich der Verhaltensstärken von Jugendlichen, die neben der erzieherischen Hilfe zusätzlich eine Verhaltenstherapie wahrnehmen konnten. Die in der vorliegenden Studie gefundene deutliche Reduktion der psychischen Auffälligkeiten spricht für die Effektivität der Verflechtung von Jugendhilfe und Verhaltenstherapie. Die Effektivität in der Behandlung der Hyperaktivität lässt sich dabei sicher nicht im Sinne einer Remission verstehen, sondern wohl eher in einem verbesserten Umgang der Betroffenen mit dem Syndrom. Daneben muss beachtet werden, dass elf der 17 Betroffenen parallel entweder temporär oder durchgehend mit Stimulanzen behandelt worden sind.

Die im Vergleich größten Fortschritte lassen sich jedoch für den Lern- und Leistungsbereich beobachten. In der Einrichtung erhält das Setting der nachschulischen Hausaufgabenbetreuung hohe Gewichtung. Unter der Bezeichnung SILENTIUM findet professionelle Leistungsförderung in einem hochstrukturierten Rahmen statt.

Die stark verbesserten Schulleistungen sowie die bemerkenswerte Abnahme in der sozialen Isolation implizieren ein hohes Maß an personaler und sozialer Ressourcenaktivierung. In Verbindung mit diesen Ergebnissen lassen sich die starken Effekte auf das Selbstwertgefühl interpretieren.

Erwartungskonform zeichnen sich in der Jugendhilfe günstigere Effekte für die jüngere Altersgruppe ab. Dies gilt speziell für den expansiven Bereich und den elterlichen Aspekt der divergierenden Erziehungsmethoden. Das Ergebnis deckt sich mit Befunden, wonach ein fortgeschrittenes Jugendhilfealter mit erhöhter Veränderungsresistenz einhergeht (Schmidt et al., 2002).

Interessant sind geschlechtsspezifische Betrachtungen in dieser Studie. In der Regel wird bei Mädchen durchschnittlich später ein Hilfebedarf festgestellt (Schmidt et al., 2002). Überra-



schenderweise unterscheidet sich das Durchschnittsalter bei Hilfebeginn in dieser Stichprobe geschlechtsspezifisch kaum (Jungen 10.9 Jahre, Mädchen 10.8 Jahre).

Außerdem konnten keine signifikanten Unterschiede im Belastungsausmaß zwischen Jungen und Mädchen bei Hilfebeginn gefunden werden. Die relative Alters- und Belastungshomogenität zwischen Jungen und Mädchen zu Hilfebeginn, und der Rückgriff auf die oben genannte durchschnittliche Hilfedauer (Jungen 25.8 Monate, Mädchen 21.2 Monate) markieren einen zusätzlichen Hilfenutzen für die Mädchen. Diese profitieren bei gleicher Ausgangswertproblematik ebenso stark, beenden die Hilfe jedoch durchschnittlich etwa viereinhalb Monate eher als Jungen. Im Vergleich zu Jungen erfahren die Mädchen dieser Stichprobe anscheinend zusätzliche Unterstützung durch ihre Eltern.

## **9.2 Differenzielle Wirksamkeit der Jugendhilfe: Studie II**

Im Folgenden sollen die Ergebnisse vor dem familiären Hintergrund betrachtet werden. Zerbrochene und traditionelle Familien unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich sozioökonomischer Probleme oder Abwesenheit eines Elternteils voneinander. In erzieherischen Hilfen werden weitere Unterschiede in Bezug auf die Hilfedauer, psychische Auffälligkeiten der Eltern und die Art des Hilfeendes deutlich. Aufgrund der verschiedenen Rahmenbedingungen von Eineltern- und vollständigen Familien untersucht die Studie die differenzielle Wirksamkeit ambulanter und teilstationärer Jugendhilfe-Maßnahmen (Rücker, Petermann, Büttner & Petermann, 2010a). An der Studie nahmen 55 Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 14 Jahren teil, die eine ambulante oder teilstationäre Hilfe erhalten hatten. Unter Einbezug der Achsen I, II und V des multiaxialen Klassifikationsschemas (ICD-10) wurden die allgemeine Problembelastung, expansive Verhaltensprobleme, emotionale Belastungen und Probleme sowie die Erziehungskompetenz der Eltern am Hilfebeginn und -ende erfasst.

### **9.2.1 Ergebnisse**

Deutliche Verbesserungen erzielten die Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern demnach auf den Skalen *Externalisierende Verhaltensprobleme*, *Emotionale Probleme und Belastungen* sowie *Erziehungskompetenz*. Obwohl für beide Familienformen insgesamt ein hohes Maß an Belastungs- und Risikoreduktion gefunden werden konnte, unterscheiden sich die familiären Settings dieser Stichprobe zum Teil recht deutlich.

In der vorliegenden Analyse werden bei der Betrachtung elterlicher Merkmale Unterschiede deutlich. Einelternfamilien sind stärker von psychischen Problemen gekennzeichnet als vollständige. In Einelternfamilien weisen sechs (36%), und in traditionellen Familien acht (21%) Betroffene eine *psychische Störung oder abweichendes Verhalten eines Elternteils* auf ( $\chi^2 = 32.11$ ;  $p < .001$ ). Auch in der Inanspruchnahme zeigen sich Unterschiede. Im Vorfeld der erzieherischen Hilfe im Projekt Petra nahmen acht der 38 traditionellen Familien (21%) und eine der 17 Einelternfamilien (5.9%) eine weitere, von der Jugendhilfe-Maßnahme unabhängige Erziehungsberatung in Anspruch ( $\chi^2 = 8.33$ ;  $p < .01$ ).

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal zwischen den Gruppen findet sich in der Form, in der die Hilfen einen Abschluss fanden. In acht Fällen konnten die Hilfen bei den Einelternfamilien fachlich geplant beendet werden, neun von 17 Hilfen (52.9%) wurden in dieser Gruppe abgebrochen; dabei gingen in sechs Fällen die Initiativen zum Hilfeabbruch von den Leistungsnutzern aus. Dagegen wurden von den 38 Hilfen in den traditionellen Familien 30 fachlich geplant beendet, und in acht Fällen wurde die Hilfe vor dem fachlich indizierten Zeitpunkt (21.1%) beendet. Die Verteilungen unterscheiden sich signifikant ( $\chi^2 = 13.84$ ;  $p < .001$ ). Weiterhin beträgt die durchschnittliche Hilfedauer für das Einelternsetting 18.5 Monate. Dem gegenüber erstreckt sich die Dauer der von traditionellen Familien beanspruchten Hilfen auf im Mittel 24.6 Monate. Einelternfamilien bleiben folglich signifikant kürzer in der Jugendhilfe-Maßnahme als traditionelle Familien ( $t = 1.89$ ;  $p < .05$ ); die Reduktion der allgemeinen Belastung (*Risikopunkte*) korrelierte positiv mit der in der Hilfe verbrachten Zeit ( $r = .27$ ;  $p < .05$ ).

Am Hilfebeginn liegen vergleichbare Belastungen für beide Familienformen vor. Der Mittelwert für das in *Risikopunkten* zusammengefasste allgemeine Belastungsausmaß liegt für Kinder und Jugendliche in Einelternfamilien bei 19.04, in traditionellen Familien bei 19.67. Dieser Unterschied ist nicht signifikant ( $t = .395$ ;  $p = .694$  n.s.). Auch hinsichtlich *externalisierender Verhaltensprobleme* unterscheiden sich die Gruppen am Hilfebeginn nicht. Im Mittel erreichen Einelternfamilien einen Wert von 2.59, traditionelle Familien einen von 2.34 ( $t = -.776$ ;  $p = .441$  n.s.). Auch für *emotionale Probleme und Belastungen* weichen die Mittelwerte von Einelternfamilien (3.76) und traditionellen Familien (3.84) nur in geringer Weise voneinander ab ( $t = .193$ ;  $p = .848$  n.s.). Geringe Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen liegen zudem im Bereich der *Erziehungskompetenz* vor. Hier unterscheiden sich die Werte von Einelternfamilien (3.12) und traditionellen Familien (3.24) ebenfalls nicht signifikant ( $t = .376$ ;  $p = .709$  n.s.).

Tabelle 7 veranschaulicht die unterschiedlichen Ergebnisse der Maßnahmen in Abhängigkeit vom familiären Setting am Hilfeende. Anhand der *Risikopunkte* wird deutlich, dass Jugendliche aus dem traditionellen Familiensetting nur durchschnittlich 7.81 Risikopunkte bei Abschluss der Maßnahme aufweisen, im Gegensatz zu durchschnittlich 9.84 Risikopunkten beim Einelternsetting. Der Unterschied erreicht das Ausmaß eines mittleren bis großen Effekts ( $\eta^2 = .098$ ).

Für *externalisierende Verhaltensprobleme* lassen sich am Hilfeende ebenfalls signifikante Unterschiede feststellen. Die Mittelwertsunterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen aus traditionellen Familien (0.93) und Einelternfamilien (1.33) erreichen auch hier das Ausmaß eines mittleren bis großen Effekts ( $\eta^2 = .086$ ).

Das Ergebnis für *emotionale Probleme und Belastungen* zwischen den Familiensettings verpasst ( $p=.30$ ) die Signifikanzgrenze, wobei der Betrag jedoch im Bereich eines kleinen Effekts ( $\eta^2 = .021$ ) liegt. Mit einem Wert von im Mittel 1.30 konnten Eltern traditioneller Familien im Vergleich zu Einelternfamilien mit einem mittleren Wert von 1.62 ihre Defizite im Bereich der *Erziehungskompetenz* reduzieren. Die Diskrepanz zwischen den Ergebnissen liegt in der Größenordnung eines mittleren bis großen Effekts ( $\eta^2 = .084$ ).

**Tabelle 7:** Ergebnisse der Kovarianzanalyse: Mittelwerte und Standardabweichungen zum Post-Test-Vergleich in traditionellen Familien (TF) und Einelternfamilien (EF). Darstellung der Outcome-Unterschiede in Effektstärken.

Merkmal	TF <i>M (SD)</i>	EEF <i>M (SD)</i>	Signifikanz <i>F</i>	Effektstärke $\eta^2_P$
Risikopunkte <sup>a</sup>	7.81 (4.32)	9.84 (6.04)	F (1.52) = 5.64*	0.098
Externalisierende Verhaltensprobleme <sup>a</sup>	0.93 (0.73)	1.33 (0.94)	F (1.52) = 4.87*	0.086
Emotionale Probleme und Belastungen <sup>a</sup>	1.30 (1.23)	1.62 (1.37)	F (1.52) = 1.113	0.021
Erziehungskompetenz <sup>a</sup>	1.30 (0.90)	1.81 (1.09)	F (1.52) = 4.74*	0.084

Anmerkungen. \* $p < .05$ .

<sup>a</sup>Erster Messzeitpunkt als Kovariate aufgenommen.

Außerdem konnte in der Aktenanalyse festgestellt werden, dass ein Großteil der Eltern bereits nach kurzer Zeit das Gefühl hatte, durch das Elterntaining gestärkt worden zu sein. In der Gruppe der Alleinerziehenden berichteten jedoch einige Mütter motivationale Einschränkungen bei fortschreitender Hilfedauer.

### 9.2.2 Diskussion

Der Vergleich zerbrochener und traditioneller Familien verweist auf eine differenzielle Wirksamkeit der Hilfen. Die unterschiedlichen Wirkungsweisen können durch grundsätzlich verschiedene Kennzeichen der beiden Familienformen bedingt sein. Alleinerziehende weisen ein deutlich höheres Maß an psychischen Problemen auf. Ungünstig erweist sich, dass die betroffenen Eltern aus Angst, ihnen könnte aufgrund ihrer eigenen psychischen Störungen das Kind entzogen werden (vgl. Wiegand-Grefe et al., 2009), Hilfen für ihre Kinder oftmals nicht in Anspruch nehmen (vgl. Kölch & Schmid, 2008). Im Einklang hierzu stehen die in dieser Studie gefundenen deutlichen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Unterstützung im Bereich der Jugendhilfe. Vor der Jugendhilfe-Maßnahme im Projekt Petra hatte bis auf eine Ausnahme keine der Einelternfamilien dieser Stichprobe eine Erziehungsberatung genutzt.

Ungünstig wirkt sich zudem das hohe Maß an Hilfeabbrüchen in der Alleinerziehenden-Gruppe dieser Stichprobe aus. Mehr als die Hälfte der Verläufe enden vor dem fachlich begründeten Zeitpunkt. Es liegt nahe, besonders in dieser Gruppe den Blick für drohende Hilfeabbrüche zu sensibilisieren und statt des verfrühten Endes beispielsweise eine Hilfeunterbrechung für einen definierten Zeitraum einzurichten. Auch die Hilfedauer ist im Vergleich bei Einelternfamilien geringer. Dies klingt zunächst vorteilhaft und vermittelt den Eindruck, dass dieses Familiensetting größere Fortschritte in kürzerer Zeit erzielt. Die Datenlage widerspricht dieser Annahme jedoch. Denn es konnte gezeigt werden, dass die Dauer der Hilfen positiv mit den Problemreduktionen bei den Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern zusammenhängt. Somit konnten Belastungen umso stärker reduziert werden, je länger die Hilfen andauerten. Die Einelternfamilien dieser Stichprobe nahmen die Hilfen allerdings nicht nur signifikant kürzer in Anspruch, sondern beendeten diese auch mit einem signifikant höheren Belastungsmaß als traditionelle Familien (Rücker et al., 2010a).

Aus den Akten konnte festgestellt werden, dass die Gründe für die verkürzte Hilfedauer bis auf wenige Ausnahmen in den Personen der Mütter liegen. In nur drei Fällen wurde von Seiten des Leistungserbringers oder des Jugendamtes das Hilfeende als indiziert angesehen. Aus der Aktenperspektive fällt auf, dass sich die Betroffenen durch das Elterntaining und den

sichtbaren Fortschritt bei den Jugendlichen bereits nach kurzer Hilfedauer gestärkt fühlen. Möglicherweise führt dieses Gefühl bei manchen Alleinerziehenden zur Überschätzung ihrer Ressourcen. Schließlich war ein hochstrukturiertes und intensives Elterntraining in die Hilfen integriert; dieses Qualitätsmerkmal der Jugendhilfe traf jedoch in einigen Fällen bei Einelternfamilien auf Akzeptanzprobleme.

### 9.3 Langfristige Wirksamkeit von Jugendhilfe-Maßnahmen: Studie III

Im vorliegenden Untersuchungsabschnitt wird die langfristige Wirksamkeit ambulanter und teilstationärer Jugendhilfe-Maßnahmen untersucht. Dazu werden längsschnittlich die Entwicklungsverläufe ehemals durch die Jugendhilfe betreuter Kinder, Jugendliche und ihrer Familien (N=59) betrachtet. Anhand quantitativer Daten aus drei Erhebungszeitpunkten werden die Entwicklungen im Bereich des allgemeinen Belastungsausmaßes, expansiver Verhaltensprobleme, emotionaler Probleme sowie der Ressourcenaktivierung ausgewertet (Rücker, Petermann, Büttner & Petermann, 2010b). Zudem gehen Fragen zur Ausbildungssituation, Legalbewährung und zum Substanzmissbrauch der Jugendlichen in die Analysen ein.

#### 9.3.1 Ergebnisse

Am Hilfebeginn (prä-) sowie am Hilfeende (post-) wurden die vorliegenden *Belastungen* erfasst und zu einem Gesamtproblemwert aufsummiert. In Tabelle 8 sind die Mittelwerte der Risikogruppen für die ersten beiden Erhebungszeitpunkte dargestellt. In allen drei Gruppen haben sich die Risikopunkte reduziert; mit Ausnahme von drei Fällen befinden sich alle Jugendlichen nach dem Ende der Hilfe in der Gruppe mit den niedrigsten Belastungen.

**Tabelle 8:** Mittelwerte der Risikogruppen im Prä-Post-Vergleich: In allen drei Gruppen konnte die Anzahl der Risikopunkte (RP) bis zum Ende der Hilfe abgebaut werden (N=59).

Risikogruppen	prä	n	M	SD	post	n	M	SD
Gruppe 1	bis 17 RP	21	15.24	1.58	bis 17 RP	56	7.86	3.75
Gruppe 2	18-21 RP	21	19.62	1.16	18-21 RP	1	20.0	
Gruppe 3	22-33 RP	17	25.41	3.37	22-33 RP	2	22.50	.70
<b>Gesamt:</b>		59	19.73	4.60		59	8.56	4.77

*Anmerkungen:* prä = erster Messzeitpunkt; post = zweiter Messzeitpunkt; n = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

Dabei ist anzumerken, dass es lediglich in einem Fall zu einer Verschlechterung der Situation gekommen ist (Wechsel von Gruppe 2 zu 3), für alle anderen Kinder und Jugendlichen konnten Verbesserungen gefunden werden. Auch zum zweiten Messzeitpunkt lässt sich ein Unterschied in den Mittelwerten der Risikopunkte feststellen ( $F(2, 56)=34.11$ ;  $p<.001$ ): Gruppe 1 weist weiterhin niedrigere Werte auf, als die Gruppen 2 ( $M_{\text{Diff}}=3.95$ ;  $p<.001$ ) und 3 ( $M_{\text{Diff}}=8.79$ ;  $p<.001$ ). Zudem erweist sich Gruppe 2 gegenüber Gruppe 3 in den Risikopunkten geringer belastet ( $M_{\text{Diff}}=4.84$ ;  $p<.001$ ).

In der Katamnese drei Jahre nach dem Ende der Hilfen wird im Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ein mittlerer *Problemscore* von 2.12 gefunden. Der Wert befindet sich damit im unauffälligen Bereich. 55 (93.2%) Jugendliche erreichen einen unauffälligen Score; 4 (6.8%) erzielen Ergebnisse, die auffällige Problembelastungen anzeigen. Ein Vergleich der Risikogruppen 1 und 3 zeigt folgendes Bild: Während die Werte für beide Gruppen zwar im unauffälligen Bereich liegen, weist die am Hilfebeginn niedrig belastete Gruppe 1 ( $M=1.71$ ;  $SD=.90$ ) gegenüber der am höchsten belasteten Gruppe 3 ( $M=2.88$ ;  $SD=1.69$ ) einen signifikant niedrigeren Problemscore ( $t=2.567$ ;  $p < .05$ ) auf. Im Vergleich der Gruppen 2 und 3 zeigen sich für den Problemscore ähnliche Zusammenhänge: Hier erreicht die Gruppe der mittelstark belasteten gegenüber ( $M=1.90$ ;  $SD=1.55$ ) der am höchsten belasteten Jugendlichen ( $M=2.88$ ;  $SD=1.69$ ) einen niedrigeren Wert, allerdings ist der Unterschied nicht signifikant ( $t= -1.859$ ;  $p=0.7$ ).

*Familiäre Belastungen* nach dem Rutter-Adversity-Index lagen drei Jahre nach Abschluss der Hilfen bei 21 Familien (35.6%) nicht vor, bei 12 (20.3%) lediglich in geringer Ausprägung (Risikoindex=1). Zusammen genommen resultieren für 56% der untersuchten Teilnehmer unauffällige Werte. Auffälligkeiten in der familiären Belastung wurden bei einem Cut-off-Wert von 2 dagegen bei 26 (44%) Familien gefunden: neun davon erreichten im Risikoindex einen Wert von 2 (15.3%), weitere neun einen Wert von 3 (15.3%), und acht Familien erreichten Werte von  $>3$  (13.5%). In den Familien der am Hilfebeginn mittelstark belasteten Gruppe ( $M=2.0$ ;  $SD=1.41$ ) zeigen sich im Vergleich zur Gruppe mit den niedrigsten Belastungen ( $M=1.05$ ;  $SD=1.22$ ) auch drei Jahre nach dem Hilfeende signifikant stärkere Belastungen ( $Z=-2.353$ ;  $p < .05$ ).

*Verhaltensstärken und –schwächen* zum Follow-up sind in Tabelle 9 dargestellt. Im Durchschnitt liegen die Werte auf allen Skalen im normalen, unauffälligen Bereich: „Emotionale Probleme“ ( $M=3.0$ ;  $SD=2.39$ ), „Verhaltensprobleme“ ( $M=2.47$ ;  $SD=1.67$ ), „Hyperaktivität“ ( $M=4.2$ ;  $SD=2.27$ ), „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ ( $M=2.85$ ;  $SD=2.05$ ), „Gesamt-



problemwert“ ( $M=12.53$ ;  $SD=5.68$ ) und „Prosoziales Verhalten“ ( $M=7.17$ ;  $SD=1.78$ ). Goodman (1998) Einteilung basiert auf einer repräsentativen Stichprobe: danach wurden für insgesamt 20% der Befragten (10% grenzwertig, 10% auffällig) abweichende Werte definiert. Obwohl es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine Risikogruppe handelt, konnten vergleichbare Ergebnisse gefunden werden: 25.5% der Jugendlichen weisen Auffälligkeiten bei Verhaltensproblemen auf, von Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen sind 27.2% betroffen. Auffällige Werte für emotionale Probleme liegen lediglich bei 15.3% vor, für Hyperaktivität und den Gesamtproblemwert trifft dies jeweils auf 23.8% zu. Auf der Ressourcenskala „Prosoziales Verhalten“ zeigt sich ein ähnliches Bild: für 20.4% der Jugendlichen werden Auffälligkeiten ermittelt.

**Tabelle 9:** Verteilung der Stichprobe auf den Belastungs- und Ressourcenskalen des SDQ mit Angabe der Klassifikation in der Katamnese. Auf den Skalen werden für die Jugendlichen überwiegend normale, nicht auffällige Werte gefunden ( $N=59$ ).

Skalen		EP		VP		HYP		VPG		GP		PSV	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Klassifikation	normal	50	(84.7)	44	(74.5)	45	(76.2)	43	(72.8)	45	(76.2)	47	(79.6)
	grenzwertig	1	(1.7)	7	(11.9)	7	(11.9)	10	(17.0)	6	(10.2)	9	(15.3)
	auffällig	8	(13.6)	8	(13.6)	7	(11.9)	6	(10.2)	8	(13.6)	3	(5.1)
Gesamt:		59	(100)	59	(100)	59	(100)	59	(100)	59	(100)	59	(100)

*Anmerkungen.* EP=Emotionale Probleme; VP=Verhaltensprobleme; HYP=Hyperaktivität; VPG=Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen; GP=Gesamtproblemwert; PSV=Prosoziales Verhalten.

Zwischen den am Hilfebeginn gebildeten Risikogruppen zeigen sich in der Katamnese weder auf den Problemskalen noch auf der Skala, die prosoziales Verhalten erfasst, signifikante Unterschiede: Emotionale Probleme ( $F(2, 56)=1.36$ ; n.s.), Verhaltensprobleme ( $F(2, 56)=1.59$ ; n.s.), Hyperaktivität ( $F(2, 56)=.04$ ; n.s.), Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ( $F(2, 56)=.60$ ; n.s.), Gesamtproblemwert ( $F(2, 56)=1.09$ ; n.s.) und Prosoziales Verhalten ( $F(2, 56)=.62$ ; n.s.).

*Probleme im Umgang mit Alkohol und/oder Drogen* wurden in der Katamnese über das Konsumverhalten untersucht: 39 (66%) Jugendliche konsumieren selten bis gar nicht; Auffälligkeiten werden hingegen bei 20 (34%) Jugendlichen gefunden. Der Vergleich von unauffälligen und auffälligen Konsumenten in Tabelle 10 zeigt, dass sich bezüglich des Abbaus der Risikopunkte in der Hilfe keine signifikanten Unterschiede ergaben; die Anzahl der Risikopunkte konnte jeweils in etwa gleichem Umfang reduziert werden.

**Tabelle 10:** Anzahl zutreffender Items (Scores) im CRAFFT. Spalte Problem: Wahrscheinlichkeit eines ernststen Alkohol-/Drogenproblems mit jeweiliger Klassifikation. Rechts: Abbau der Risikopunkte in beiden Gruppen (N=59).

CRAFFT-Scores	Häufigkeiten		Problem	Klassifikation	RP-Differenz <sup>a</sup>		t-Wert	p
	n	(%)			M	(SD)		
0-1	39	(66)	0-25%	unauffällig	11.42	(2.80)	1.009	.317
2-6	20	(34)	52-100%	auffällig	10.63	(2.85)		

*Anmerkungen.* a= RP-Differenz berechnet sich aus der Differenz zwischen den Risikopunkten zu t1 und t2.

Der Vergleich der Risikogruppen 1 ( $M=.1.52$ ;  $SD=1.78$ ) und 3 ( $M=.76$ ;  $SD=1.35$ ) ergibt allerdings eine signifikant höhere Auffälligkeit ( $Z= -2.155$ ;  $p < .05$ ) des Konsumverhaltens in der ersten Gruppe.

Darüber hinaus berichteten im Katamnese-Zeitpunkt 13 Jugendliche von kritischen Lebensereignissen, die sie im Anschluss an die Erziehungshilfe erlebt hatten. In einem Fall war eine nahestehende Person verstorben, in drei Fällen handelte es sich um Wohnortwechsel in fremde Städte, sieben Jugendliche schilderten zudem Vorfälle mit anschließender seelischer Belastung, und zwei wollten das kritische Ereignis nicht nennen. Sechs Jugendliche dieser Stichprobe waren zudem straffällig geworden.

### 9.3.2 Diskussion

In der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, ob eine langfristige Stabilität der in den erzieherischen Hilfen erreichten Belastungsreduktion und Ressourcenaktivierung (Petermann & Schmidt, 2009) gelungen ist. Mit Ausnahme von drei Jugendlichen wiesen am Hilfeende alle Befragten ein niedriges Belastungsmaß auf.

Signifikante Gruppenunterschiede können drei Jahre nach Beendigung der Hilfen gefunden werden. Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass am Hilfebeginn stärker belastete Kinder und Jugendliche auch in der Katamnese größere Problem- und höhere familiäre Belastungen erleben. Der erwartungskonform vorliegende riskante Umgang einiger Jugendlicher mit suchterzeugenden Substanzen (vgl. Esser & Ihle, 2008) bildet dabei eine Ausnahme. Es fällt auf, dass gerade die Gruppe der am Hilfebeginn geringsten Belasteten drei Jahre nach Abschluss der Hilfen vergleichsweise am stärksten Alkohol und/oder Drogen konsumiert. Die



Untersuchung dieser Subgruppe auf belastende Lebensereignisse im Anschluss an die erzieherische Hilfe kann den Befund nicht erklären; nach Abschluss der Hilfen traten belastende Lebensereignisse nur vereinzelt auf. Die Betroffenen verteilen sich jedoch auf alle drei Gruppen. Jugendliche mit auffälligem Konsumverhalten haben im Vergleich zu den nicht- bzw. unauffällig Konsumierenden zudem eine im Mittel vergleichbare Anzahl von Risikopunkten.

Entgegen internationaler Befunde (vgl. Southerland et al., 2009) konnten in dieser Stichprobe keine vermehrten psychischen Auffälligkeiten gefunden werden. Die drei Jahre nach der Hilfe von einigen Eltern im FAI berichteten familiären Belastungen finden auf den Skalen des SDQ zumindest im Mittel keine Entsprechung. Im Widerspruch zu den Befunden Rutters (1977) liegt der Anteil der Kinder mit psychischen Auffälligkeiten im Normbereich. Die Jugendlichen befinden sich sowohl auf den Problemskalen als auch auf der Skala prosoziales Verhalten des SDQ durchschnittlich im unauffälligen Bereich. Dies könnte bedeuten, dass Jugendliche selbst bei Fortbestehen familiärer Belastungen überdauernd von Jugendhilfe-Maßnahmen profitieren, obwohl dies mit dem vorliegenden Design nicht überprüft werden kann.

Der beschriebene Trend wird durch die Antworten der Jugendlichen im Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen gestützt. Auch hier weist die Stichprobe im Mittel unauffällige Werte für Problembelastungen auf.

Die Katamnese hat gezeigt, dass 26 Jugendlichen, die von der Studie ausgeschlossen wurden, im Anschluss an die Erziehungshilfe weitere Hilfen gewährt wurden; dabei wurden in 18 Fällen vollstationäre Maßnahmen im Anschluss durchgeführt. Aus der Aktenperspektive ging hervor, dass ambulante und teilstationäre Hilfen häufig als Überbrückung genutzt wurden, um bei den Betroffenen eine Akzeptanz für intensivere Hilfen aufzubauen.

Mit Ausnahme von drei Jugendlichen konnten in der Gruppe der ehemaligen Schüler zudem alle einen Abschluss erreichen; bis auf sechs Jugendliche gingen außerdem alle einer Beschäftigung nach. Ebenfalls positiv ist das geringe Maß an delinquentem Verhalten in der Stichprobe zu werten. Während internationale Studien ein hohes Inhaftierungsrisiko für Jugendliche mit Jugendhilfe-Erfahrungen berichten (vgl. Copeland et al., 2007), wiesen in unserer Studie lediglich sechs Betroffene strafrechtliche Verurteilungen auf (ein Jugendlicher konnte aufgrund einer Inhaftierung nicht an der Studie beteiligt werden). In unserer Stichprobe betrifft dies 10.2%; dagegen wird aus einer repräsentativen Stichprobe von Baier, Pfeiffer, Simonson und Rabold (2009) eine Prävalenz von 33.9% für Delinquenz im Jugendalter berichtet.

In der Zusammenschau lässt sich für Jugendliche, die eine erzieherische Hilfe erhalten hatten, langfristig ein unauffälliges Maß an Verhaltensproblemen beobachten (Rücker et al., 2010b). Es kann angenommen werden, dass die Jugendhilfe-Maßnahme zu dieser Entwicklung beigetragen hat. Denn inzwischen ist gut belegt, dass mehrfach belastete Jugendliche, die keine Hilfen in Anspruch nehmen können, besonders hochrisikohafte Entwicklungsverläufe aufweisen (Burke, Loeber & Birmaher, 2002). Bei der starken Verbreitung psychischer Auffälligkeiten und Störungen in der Stichprobe wäre eine solch positive Entwicklung, wie die hier beschriebene, ohne entsprechende Hilfe nicht zu erwarten gewesen. Speziell im Kindesalter auftretende Belastungen erweisen sich unbehandelt über die (Lebens-) Zeit als stabil ((Beck & Warnke, 2009; Petermann, Reinartz & Petermann, 2002).

#### 9.4 Methodische Einschränkungen

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Aktenstudie. Entsprechend konnten standardisierte Verfahren wie Fragebögen oder Checklisten nicht verwendet werden. Der mehrstufige Datengewinnungsprozess führte von einer Aktenanalyse zu kategorialen Urteilen auf der Basis des Multiaxialen Klassifikationsschemas. Unter Berücksichtigung von Aspekten der Qualitätssicherung (vgl. auch Merod & Petermann, 2006) sollte künftig von der Anwendung mehrstufiger Datengewinnungsverfahren abgesehen werden, da es beim systematischen Vergleich und der Zusammenfassung von qualitativen zu quantitativen Daten zu Problemen kommen kann. Zudem muss die Verwendung der Achse V kritisch geprüft werden. Obwohl in dieser Studie auf eine große Menge detailreicher Informationen zurückgegriffen werden konnte, liegen in der Praxis oftmals nicht ausreichend Informationen vor, um die Vorgaben der Achse V vollständig zu erfüllen (Willemse, Van Yperen u. Rispen, 2003).

Um aussagenstärkere Ergebnisse zu erzielen, wäre ein Kontrollgruppendesign anzustreben. Die Möglichkeiten zur Durchführung kontrollierter Studien sind allerdings im Feld der Kinder- und Jugendhilfe eingeschränkt. So weist bereits der § 1, Abs. 1 (KJHG) auf das Recht eines jeden jungen Menschen „*auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit*“ hin. Auch aus ethischen Erwägungen wurde von der Bildung einer Kontrollgruppe abgesehen. Die Gültigkeit der Ergebnisse aus dieser Studie ist folglich aufgrund des Ein-Gruppen-Designs eingeschränkt.

Leider ließ die Stichprobengröße keine weiteren Differenzierungen zu. In Studien mit größeren Fallzahlen ließen sich sicher weitere Prädiktoren für günstige und weniger günstige Hilfe-

verläufe identifizieren. Auch für differenzielle Untersuchungen von Alters- und Geschlechtseffekten müssten größere Stichproben zugrunde gelegt werden. Ebenso können keine aussagekräftigen Angaben zum Einfluss der sozialen Schichtung und der Qualifikation der Eltern gemacht werden. Die Ergebnisse im zweiten Untersuchungsteil sind zudem eingeschränkt, da die Jugendlichen aus Einelternfamilien überwiegend männlich waren.

Die Ergebnisse im dritten Untersuchungsteil sind zusätzlich durch den Drop-out und das Ausschlusskriterium (Anschlusshilfe) eingeschränkt. Um die Vermischung von Effekten zu vermeiden, wurde die Gruppe mit Anschlusshilfen nicht an der Studie beteiligt. Dieses Vorgehen könnte zur Überschätzung der Ergebnisse führen. Vor diesem Hintergrund sind auch die Angaben zur Legalbewährung vorsichtig zu interpretieren. Es wäre durchaus denkbar, dass besonders in der Gruppe mit Anschlusshilfen strafrechtlich relevante Delikte verübt worden sind. Bei den Angaben zur Straffälligkeit der beteiligten Jugendlichen handelt es sich zudem um Selbstauskünfte. Inwieweit diese möglicherweise mit den tatsächlichen Verhältnissen konfliktieren, kann hier nicht beurteilt werden. Bei der Überprüfung der Legalbewährung sollten künftig Strafregisterauszüge herangezogen werden.

In den Auswertungen zur langfristigen Wirksamkeit wurde außerdem von dem Ansatz ausgegangen, dass am Hilfebeginn hoch belastete Jugendliche auch langfristig ungünstigere Werte aufweisen. Die Einteilung in Risikogruppen erfolgte dabei jedoch aus theoretischen, nicht empirisch begründeten Überlegungen. Dabei resultierten drei im Umfang vergleichbare Gruppen. Die Einteilung sollte allerdings nicht ausschließlich erfolgen, um hinreichend große Teststärken zu realisieren.

Schließlich ist die Auswahl des Instrumentariums *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ) zu diskutieren. In der Jugendhilfe wird in Befragungen der Fokus vorrangig auf die Perspektive der Jugendlichen gelegt. Vorhandene Fragebögen für junge Erwachsene (z.B. CBCL 4-18, YABCL) sind allerdings oft entweder an die Elternperspektive gebunden, zu umfangreich (und somit für Befragungen in der Jugendhilfe nicht pragmatisch; vgl. auch Janssens & Deboutte, 2009) oder erst für die Altersstufe ab 18 Jahren normiert. Obwohl die untersuchte Stichprobe im Mittel bereits 16,8 Jahre alt war, schien die Auswahl des SDQ (bis zum Alter von 16 Jahren validiert und normiert) unter den benannten Bedingungen dennoch vertretbar.

Zusätzlich muss beachtet werden, dass die standardisierten Verfahren in dieser Studie lediglich einmal (in der Katamnese) verwendet worden sind. Somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Jugendlichen bereits am Hilfebeginn sowie am –ende unauffällige Werte aufgewiesen haben. Allerdings wird vermutet, dass die Werte ungünstiger waren, da erzieherische Hilfen ansonsten kaum indiziert gewesen wären. Dennoch wird angestrebt, künftig bereits am Hilfebeginn standardisierte Verfahren einzusetzen.

## 10. Reflexion

Die vorliegende Studie ist ein Versuch, auf empirischem Wege die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in erzieherischen Hilfen nachzuzeichnen bzw. deren Wirksamkeit zu evaluieren. Die gefundenen Ergebnisse dürfen nicht als Kausalitäten interpretiert werden, sondern gelten als Hinweise und Impulse in bestimmten Zusammenhängen. Praxisbegleitende Jugendhilfeforschung steht zwar als Desiderat, jedoch liegt dem Feld hinsichtlich Wirkungen und Effekte kaum empirisch gesichertes Material vor. Somit war es kaum möglich, das eigene Vorgehen mit dem Vorgehen aus Studien abzustimmen, die bereits erfolgreich durchgeführt worden sind. Aus diesem Grund wurden die Erhebungsverfahren und –methoden dieser Studie auf theoretischer Grundlage bestimmt. Das daraus entstandene Evaluationssystem musste sich folglich zunächst in der Praxis bewähren. Dazu ging der Studie eine Pilotphase voraus. Anhand von zehn Familien wurden der Prozess der Aktenanalyse sowie die Praktikabilität der Instrumente für die Katamnese geprüft.

Bereits zu einem frühen Zeitpunkt wurde ersichtlich, dass der *Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten* (FEE) von Schumacher, Eisemann und Brähler (2000) für diese Studie ungeeignet scheint. Das Verfahren erfasst die Erinnerungen erwachsener Personen an das Erziehungsverhalten ihrer Eltern. Mit Hilfe dieses Selbstbeurteilungsverfahrens werden Erziehungsstile identifiziert; elterliches Erziehungsverhalten gilt als erklärende Variable für die Entwicklung einzelner Persönlichkeitsmerkmale sowie die Entstehung psychischer Störungen (Schumacher et al., 2000). Der Fragebogen ist für Personen ab 18 Jahren normiert. Es zeigte sich, dass die Jugendlichen dieser Stichprobe ( $M=16.8$  Jahre), die größtenteils noch bei ihren Eltern lebten, Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Items hatten. Die Probleme reichten von Unsicherheit bis Überforderung. Vielen Jugendlichen fiel es schwer, aus der Retrospektive das Erziehungsverhalten der Eltern zu reflektieren. Schließlich befanden sich die meisten Jugendlichen noch mitten *im* Erziehungs-Prozess. In der Folge ergaben

sich zahlreiche *missing values* sowie missverständliches Antwortverhalten (Kreuzchen nicht in, sondern zwischen die Antwortkästchen gesetzt etc.). Dadurch war die Auswertung der Fragebögen erschwert, lückenhaft oder teilweise *unmöglich*. Als Konsequenz wurden die wenigen vollständig vorliegenden Datensätze nicht in die Analysen einbezogen. Es empfiehlt sich wohl eher, mit dem FEE junge Erwachsene zu befragen, die nicht mehr unter direktem Erziehungseinfluss stehen.

Die *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung* (FBB) von Mattejat und Remschmidt (1999) gingen ebenfalls nicht in die Auswertung ein. Die FBB dienen der Therapieevaluation und Qualitätssicherung in der Behandlung von Jugendlichen und ihren Eltern. Nahezu alle Befragten gaben an, mit der Betreuung, den Betreuern in der Einrichtung sowie der Jugendhilfe-Einrichtung selbst sehr zufrieden zu sein. Inwieweit sich in den Bögen Antwortverhalten im Sinne *sozialer Erwünschtheit* niederschlägt, kann nur vermutet werden. Zu Auswertungszwecken konnten die Angaben nicht herangezogen werden, da die Daten lediglich geringe Varianz aufwiesen und somit inhaltlich sinnvolle Zusammenhänge und Aussagen nicht abgeleitet werden konnten. Der Verdacht auf Vorliegen sozial erwünschten Antwortverhaltens begrenzte sich im Übrigen auf das benannte Verfahren.

In der Pilotphase wurde außerdem deutlich, dass die gemeinsame Befragung von Eltern und Kinder die Situation ungünstig beeinflusst. In manchen Familien wurden persönlich zu gebende Antworten gemeinschaftlich abgestimmt, in anderen erzeugten die Antworten der Familienmitglieder Konfliktpotenzial und Diskussionen. Das Antwortverhalten mancher Jugendlicher wirkte bei Anwesenheit der Eltern zudem wenig offen. Aus ethischen Bedenken und fachlichen Gründen musste dazu übergegangen werden, die Familienmitglieder getrennt voneinander zu befragen. Dem Wunsch nach getrennten Befragungen entsprachen die Familien günstiger Weise ohne Ausnahme.

Das Vorgehen in der Aktenanalyse erwies sich als sehr zeitaufwendig. Je Familie mussten teilweise mehrere hundert Seiten rezipiert werden. Aufgrund der hohen Informationsdichte in den Akten konnten Inhaltsanalysen und Kategorisierungen allerdings ohne nennenswerte Einschränkungen durchgeführt werden. Es ist klar, dass nicht alle Kodierungen aus den Achsen I, II und V benötigt wurden; manche Kodierungen schließen sich gegenseitig aus. Aufgrund der konkreten Beschreibungen im Multiaxialen Klassifikationsschema (ICD-10) konnten Kodierungen jedoch mit hoher Passgenauigkeit den Problemlagen der Familien zugeordnet werden. Bei der Verknüpfung der quantifizierten Daten aus der Aktenanalyse (prä-post) mit Ergebnis-

sen der standardisierten Erhebungsverfahren (follow-up) kam es allerdings zu Schwächen. Auf Itemebene lagen kaum Korrelationen vor. Lediglich die Skala *Risikopunkte* (prä-post) wies einen statistischen Zusammenhang mit Daten aus der Katamnese auf. Die Herstellung statistischer Beziehungen ist möglicherweise durch den großen zeitlichen Abstand erschwert, der zwischen den Erhebungszeitpunkten liegt. Aus methodischen Gründen wäre vorteilhaft, künftig über alle Datenerhebungen hinweg standardisierte Verfahren einzusetzen. Datenvergleiche aus verschiedenen Erhebungszeitpunkten wären dadurch erleichtert und valider.

Logistische und organisatorische Herausforderungen ergaben sich hinsichtlich der Stichprobengewinnung. Bereits oben wurde die Notwendigkeit von Mehrfachkontakten thematisiert, um eine hinreichende Stichprobengröße zu erhalten. Dies ist zwar mit hohem individuellen Ressourceneinsatz verbunden; ein gewisses Maß an Stichprobenpflege erscheint dennoch unabdingbar. Zeitliche Ressourcen mussten zusätzlich durch nicht eingehaltene Termine zur Befragung bei den Familien zu Hause bereitgestellt werden. Verzögerungen waren schließlich die Folge. Aus methodischer Sicht kann es trotz des beschriebenen Ressourceneinsatzes in dieser Studie keine Alternative zu persönlichen Befragungen geben. Bei postalischen Befragungen beispielsweise bliebe ungeklärt, ob alle Fragen richtig verstanden wurden und ob die Fragebögen tatsächlich von der Zielperson oder einem anderen Familienmitglied bearbeitet werden (Bortz & Döring, 2006). Persönliche Befragungen erleichtern zudem die Einhaltung der Durchführungsobjektivität. Daneben gibt es noch andere Gründe, die eine Anwesenheit des Befragers erforderlich machen. Neben sprachlich bedingten Verständnisproblemen bei Familien mit Migrationshintergrund konnten zum Teil auch kognitive Beeinträchtigungen oder Schwächen im Schriftsprachbereich der Befragten beobachtet werden. In solchen Fällen benötigten die Familien Hilfestellungen. Diese erfolgten in Form von Hinweisen oder Beispielen, wobei darauf geachtet werden musste, dass Kriterien der Durchführungsobjektivität nicht verletzt werden. In zwei Fällen mussten den Familien die Items vorgelesen und teilweise erklärt werden. „Face-to-Face-Befragungen“ erweisen sich in Studien dieser Art offenkundig als valideste Erhebungsform.

Abgesehen von diesen Fällen, erwiesen sich die eingesetzten Verfahren als pragmatisch. Mit Blick auf Schwierigkeitsgrad und Zeitökonomie kann für die Instrumente ein positives Fazit gezogen werden. Die Fragen stießen bei den Familien ausnahmslos auf Akzeptanz. Obwohl die Befragung von einer für die Familien fremden Person durchgeführt wurde, gaben alle Einbezogenen bereitwillig Auskunft. Die Beantwortungsdauer der Fragen richtete sich nach



Lesegeschwindigkeit sowie Reflexionsniveau und betrug zwischen 30 und 90 Minuten. Die Familien erlebten die Dauer der Befragung als zumutbar.

In der Jugendhilfe dominieren qualitative Forschungsansätze. Die quantitative Überprüfung der Wirksamkeit von Jugendhilfe-Maßnahmen stößt daher nicht uneingeschränkt auf Zustimmung. Die Diskussion bzgl. Wirkungsfragen in der Jugendhilfe wird von Ängsten und Vorbehalten begleitet; häufig ergeht der Vorwurf, quantitative Forschung betreibe unzulässige Komplexitätsreduktion am Gegenstand *Erziehungshilfen* (Singer et al., 2009). Von quantitativer Seite ließe sich der Mangel an Implikationen für die Praxis bei dem stark einzelfallbezogenen Betrachtungsansatz in der qualitativen Forschung entgegen halten. Wie dem auch sei, die vorliegende Studie leistet einen wichtigen Forschungsbeitrag zu Wirkungen und Effekten von Jugendhilfe-Maßnahmen und belebt damit die Diskussion zur Qualitätsentwicklung. Bei einer Vielzahl von Gelegenheiten, z.B. auf Tagungen, im Peer-Review-Verfahren und bei eigenen Vorträgen, konnte breites Interesse am methodischen Vorgehen sowie an den Ergebnissen dieser Studie wahrgenommen werden.

## **11. Gesellschaftliche und sozialpolitische Bedeutung der Ergebnisse**

Die Jugendhilfe ist ein Instrument, das sich in einem gesamt gesellschaftlichen Kontext verortet. Hilfen zur Erziehung sind vielfach mit Sozialisationssystemen wie Familie, Kindergarten und Schule verknüpft. Auch das Gesundheitssystem stellt über die (Un-) Zugänglichkeit spezifischer Versorgungsstrukturen (wie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) einen Sozialisationsfaktor dar. Ungünstige Erfahrungen in diesen Systemen, wie Vernachlässigung durch Eltern, unangemessene Beschulung oder mangelhafte Gesundheitsversorgung können einen Hilfebedarf begründen. Insofern ist die Kinder- und Jugendhilfe einem Spannungsfeld ausgesetzt, das Hilfen notwendig machen, und zudem den Hilfeverlauf maßgeblich beeinflussen kann. Mangelnde Kooperation in einem der Teilsysteme kann den Verlauf einer Jugendhilfe-Maßnahme deutlich beeinträchtigen (Roos, 2005). Damit ist die Arbeit in den Einrichtungen der Jugendhilfe gesellschaftlichen Bedingungen ausgesetzt, auf die von Seiten der Fachkräfte nur begrenzt Einfluss genommen werden kann. Trotzdem verbinden sich mit den Leistungen der Jugendhilfe hohe gesellschaftliche Erwartungen, da die Qualität der Hilfen ihrerseits auf die Gesellschaft zurück wirkt.

### 11.1 Einordnung der Ergebnisse in einen ökonomischen Rahmen

Besonders in Verbindung mit den oben beschriebenen langfristigen Entwicklungsverläufen von Kindern und Jugendlichen in erzieherischen Hilfen wird deutlich, wie stark ungünstige Hilfeverläufe beispielsweise mit ökonomischen Belastungen für die Gesellschaft korrespondieren. Jugendhilfe-Absolventen, die weiterhin von psychischen Auffälligkeiten oder Störungen betroffen sind, zeigen im Erwachsenenalter eine erhöhte Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste. Substanzmissbrauch, Delinquenz und beschäftigungslose Zeiten belasten die sozialen Sicherungssysteme und folglich die Gesellschaft insgesamt. Umgekehrt führen erfolgreiche Hilfeverläufe nicht nur zu Entlastungen im Gesundheitssystem und bei Strafverfolgungsbehörden; professionelle Jugendhilfe fördert auch die *Qualifikation* von Kindern und Jugendlichen, wodurch die Integration in den Arbeitsmarkt erleichtert wird und ein erhöhtes Steuervolumen resultiert (Roos, 2005).

Die Ergebnisse dieser Studie haben gezeigt, dass professionelle Jugendhilfe selbst auf lange Sicht ein hohes Maß an Entwicklungsförderung erreichen kann. Ebenso ist sichtbar geworden, dass der Nutzen nicht für alle Familien vergleichbar ist. Das Alter der Kinder und Jugendlichen bei Eintritt in die Hilfe stellt einen für den Verlauf wichtigen Faktor dar. Je später die Betroffenen in die Hilfen kommen, desto größer stellt sich die Veränderungsresistenz der Familien dar. Die stärksten Effekte zeigten sich schließlich in der jüngeren Altersgruppe. Es ist wünschenswert, Risikogruppen früher als bisher anzusprechen und an entsprechende Angebote heranzuführen.

In ähnlicher Weise gilt dies für Einelternfamilien. Zusätzliche Belastungen ergeben sich in dieser Gruppe durch die deutlich häufiger vorhandenen psychischen Störungen des alleinerziehenden Elternteils gegenüber Elternteilen traditioneller Familien. Ungünstig erweist sich dabei, dass die betroffenen Alleinerziehenden aus Angst, ihnen könnte aufgrund der Erkrankung das Kind entzogen werden, Hilfen für ihre Kinder oftmals nicht in Anspruch nehmen (vgl. Kölch & Schmid, 2008). In der Öffentlichkeit teils mit Vorbehalten belegt, fürchten manche Alleinerziehende schließlich auch die mit der Inanspruchnahme von Hilfen verbundene Stigmatisierung (Jurczyk, 2003). Die sozialpolitische Antwort kann meines Erachtens nur in verstärkter Verzahnung der Hilfesysteme, Ansprache und Aufklärung liegen, damit Ängste und Hemmschwellen zum Wohl der Betroffenen abgebaut werden können.



Die untersuchten Jugendhilfe-Maßnahmen erreichen eine hohe Wirksamkeit im Bereich sozial-emotionaler Anpassung, Legalbewährung und Qualifikation. Der mit der Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen typischerweise einhergehende volkswirtschaftliche Schaden kann dadurch sicher teilweise gemindert werden. Besonders die starke Verbesserung in der schulischen Qualifikation hat eine Strahlkraft für die gesamte Gesellschaft. Dies verdeutlicht sich angesichts hoher Kosten für Klassen-Wiederholer (pro Jahr etwa € 4000 je Kind) und der aus Schulproblemen resultierenden Inanspruchnahme von kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Einrichtungen (Verband Bildung und Erziehung – Landesverband NRW, 2001).

## 11.2 Sozialpolitische Verantwortung

Vor dem Hintergrund der Wirkungsorientierung in der Kinder- und Jugendhilfe erlangen auch Fragen zu Anschlusshilfen eine wichtige sozialpolitische Bedeutung. Im bundesweiten Durchschnitt benötigen schätzungsweise 55.5% aller Kinder und Jugendlichen im teilstationären Bereich nach Beendigung der Maßnahmen weitere Hilfen (Hermann et al., 2009). Das heißt, mehr als jede zweite Familie ist trotz Unterstützung nicht in der Lage, Konflikte aus eigener Kraft zu bewältigen. Demgegenüber stehen 29% Anschlusshilfen für Familien aus der untersuchten Jugendhilfe-Einrichtung. Zum im Ergebnisteil bereits aufgezeigten persönlichen Nutzen für die Betroffenen addiert sich eine gesellschaftlich ökonomische Relevanz. Allerdings muss hervor gehoben werden, dass die leistungserbringende Einrichtung besonders in den Strukturmerkmalen ein Novum darstellt. Neben gehobener materieller Ausstattung kann speziell die Bereitstellung therapeutischer Kompetenz als Wirkungsindikator angesehen werden. Da die Qualität der Hilfen offenbar existenziellen Charakter für die leistungsnutzenden Familien hat, stellt sich die Frage, ob die wirtschaftliche Stärkung einiger Bereiche der Jugendhilfe (und die damit verbundene Ermöglichung von Therapieangeboten) aus sozialpolitischer Sicht nicht unabdingbar ist.

Zudem führt der Geburtenrückgang Simulationsrechnungen zu Folge in den kommenden Jahrzehnten zu erheblichen Schwierigkeiten, das Solidarprinzip aufrecht zu erhalten. Demographische Veränderungen hätten beispielsweise durch einen Fachkräftemangel ungünstige Auswirkungen auf wirtschaftliche, soziale und politische Strukturen (Birg, 2005). Die Gesellschaft kann es sich folglich gar nicht leisten, Kinder und Jugendliche *nicht* zu fördern.

## 12. Eigenständige Erstellung der Publikationen

Zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis empfiehlt die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), dass ausschließlich Personen als Autoren wissenschaftlicher Veröffentlichungen genannt werden, wenn diese „zur Konzeption der Studien oder Experimente, zur Erarbeitung, Analyse und Interpretation der Daten und zur Formulierung des Manuskripts selbst wesentlich beigetragen [...] haben“ (DFG, 1998). Diese Bedingungen hat Stefan Rücker in vollem Umfang erfüllt. Alle erforderlichen Vorbereitungen, die Datenerhebungen, Auswertungen, Interpretationen und das Verfassen der Publikationen sowie die Revision der Manuskripte nach Gutachten wurden von ihm geleistet.

Weitere Autoren:

Am Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation (ZKPR, Universität Bremen) war Stefan Rücker in die Arbeitsgruppe von Frau Prof. Dr. Ulrike Petermann eingebunden. Hier wurde das methodische Vorgehen kritisch reflektiert und diskutiert.

Herr Dr. Peter Büttner ermöglichte den Feldzugang, indem er die von ihm geleitete Jugendhilfe-Einrichtung für Forschungszwecke öffnete. Alle für die Studie relevanten Daten wurden von ihm zur Verfügung gestellt. Zudem stellte er Kontakt zu den an der Studie beteiligten Familien her und sicherte alle logistischen Anforderungen, um die Studie realisieren zu können.

Herr Prof. Dr. Franz Petermann stellte die Infrastruktur des Instituts zur Verfügung (ZKPR), an dem die kumulative Dissertation erstellt worden ist. Zudem übernahm er das Korrekturlesen vor der Abgabe der Publikationen bei den Fachorganen. Als Doktorvater war er außerdem fachlicher Berater und Unterstützer in sämtlichen Fragen.

### 13. Literatur

- American Psychological Association (2006). Report of the presidential 2005 task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 6, 271-285.
- Arnett, J.J. (2006): The Psychology of Emerging Adulthood: What is Known, and what Remains to Be Known?, in: Jeffrey Jensen Arnett / Jennifer Lynn Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21<sup>st</sup> century*, Washington DC, 303-330.
- Atteslander, P. (1995). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (8. bearb. Auflage). Berlin: de Gruyter.
- Baier, D., Pfeiffer, C., Simonson, J. & Rabold, S. (2009): *Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Baur, D., Finkel, M., Hamberger, M. & Kühn, A.D. (1998). *Leistungen und Grenzen der Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 170. Stuttgart: Kohlhammer.
- Baving, L. (2008). Aggressiv-dissoziales Verhalten. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl., S. 295-310). Göttingen: Hogrefe.
- Beck, N. & Warnke, A. (2009). Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 57-67.
- Beelmann, A., Stemmler, M., Lösel, F. & Jaurisch, S. (2007). Zur Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme im Übergang vom Vor- zum Grundschulalter: Risikoeffekte des mütterlichen und väterlichen Erziehungsverhaltens. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 229 –239.
- Ben-Arieh, A. (2005). Where are the children? Children's in measuring and monitoring their well-being. *Social Indicators Research*, 74, 573-596.
- Beywl, W., Speer, S. & Kehr, J. (2004). *Wirkungsorientierte Evaluation im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung*. Köln.

- Birg, H. (2005). *Die ausgefallene Generation: Was die Demographie über unsere Zukunft sagt*. München: Beck.
- Blüml, H., Helmig, E. & Schattner, H. (1994). *Sozialpädagogische Familienhilfe in Bayern. Abschlussbericht (DJI)*. München.
- Booth, C. L., Rose-Krasnor, L., McKinnon, J. & Rubin, K. H. (1994). Predicting social adjustment in middle childhood: The role of preschool attachment security and maternal style. *Social Development*, 3, 189–204.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Böhnisch, L., Stecklina, G., Marthaler, T., Köhler, J., Rohr, P. & Funk, S. (2002). „*Lebensbewältigung und Bewährung*“. Dresden.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1995). *Kinder- und Jugendhilfegesetz (Achstes Buch Sozialgesetzbuch)* (7. Auflage). Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). *Wirkungsorientierte Jugendhilfe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Burke, J., Loeber, R. & Birmaher, B. (2002). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part II. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1275-1293.
- Burke, J. D., Pardini, D. A. & Loeber, R. (2008). Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Abnormal Child Psychology*, 36, 679–692.
- Büttner, P. (2008). Kinder und Jugendhilfe. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl., S. 693-709). Göttingen: Hogrefe.
- Bynner, J. (2005): Rethinking the youth phase of the life-course: The case for emerging adulthood? *Youth Studies*, 8, 367-384.
- Castellanos, F. X., Margulies, D. S., Kelly, C., Uddin, L. Q., Ghaffari, M., Kirsch, A. et al. (2008). Cingulate-precuneus interactions: A new locus of dysfunction in adult attention deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 63, 332–337.

- Charuvastra, A. & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301–328.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409–438.
- Cleaver, H., Walker, S., Scott, J., Cleaver, D., Rose, W., Ward, H. & Pithouse, A. (2008). *The integrated children's system – enhancing social work and inter-agency practice*. London: Kingsley.
- Copeland, W.E., Miller-Johnson, S., Keeler, G., Angold, A. & Costello, E.J. (2007). Childhood psychiatric disorders and young adult crime: A prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1668-1675.
- Döpfner, M., Banaschewski, T. & Sonuga-Barke, E. (2008). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl., S. 257-276). Göttingen: Hogrefe.
- Esser, Günter / Wolfgang Ihle (2008): Abhängigkeit von legalen und illegalen psychotropen Substanzen. *Kindheit und Entwicklung*, 17, S. 1-4.
- Farrington, D. (2003). Methodological Quality Standards für Evaluation Research. *ANNALS of the American Academy of political and social science*, 587, 49-68.
- Farrington, D.P., Ttofi, M.M. & Coid, J.W. (2009). Development of adolescence-limited, late-onset, and persistent offenders from age 8 to age 48. *Aggressive Behavior*, 35, 150-163.
- Fischer, M., Barkley, R.A., Smallish, L. & Fletcher, K. (2007). Hyperactive children as young adults: Driving abilities, safe driving behavior, and adverse driving outcomes. *Accident Analysis and Prevention*, 39, 94–105.
- Fox, M.A., Connolly, B.A. & Snyder, T.D. (2005). Youth indicators 2005: Trends in the well-being of American youth. *National center for education statistics*. Washington DC.
- Franiek, S. & Reichle, B. (2007). Elterliches Erziehungsverhalten und Sozialverhalten im Grundschulalter. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 240-249.
- Frick, P. J., Christian, R. E. & Wootton, J. M. (1999). Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. *Behavior Modification*, 23, 106 – 128.
- Gabriel, T. (2001). *Forschung zur Heimerziehung*. Weinheim: Juventa.

- Gabriel, T. (2009). Praxisforschung in der Kinder- und Jugendhilfe – internationale Perspektiven. In S. Maykus (Hrsg.), *Praxisforschung in der Kinder- und Jugendhilfe: Theorie, Beispiele und Entwicklungsoptionen eines Forschungsfeldes*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Gabriel, B. & Bodenmann, G. (2006). Elterliche Kompetenzen und Erziehungskonflikte. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 9-18.
- Gardner, T., Dishion, T. & Connell, A. (2008). Adolescent self-regulation as resilience: Resistance to antisocial behavior within the deviant peer context. *Abnormal Child Psychology*, 36, 273–284.
- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 539– 579.
- Glass, G.V., Willson, V.L. & Gottman, J.M. (2008). *Design and analysis of time-series experiments*. Charlotte, NC: IAP.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire. A Research Note. *Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Graves, K.N., Frabutt, J.M. & Shelton, T.L. (2007). Factors associated with mental health and juvenile justice involvement among children with severe emotional disturbance. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 5.
- Grogan-Kaylor, A., Ruffolo, M.C., Ortega, R.M. & Clarke, J. (2008). Behaviors of youth involved in the child welfare system. *Child Abuse and Neglect*, 32, 35-49.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Bertram, H., Kuschel, A. & Widdecke, N. (2008). Körperliche Bestrafung: Prävalenz und Einfluss auf die psychische Entwicklung bei Vorschulkindern. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 46-56.
- Hanneke, S., Prestel, A., Schmid, M., Keller, F., Fegert, J.M. & Kölch, M. (2009). Wirkungsmessung pädagogischer Interventionen: Anpassung eines Zielerreichungsinstruments an jugendforensische Anforderungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 450-464.
- Hansen, G. (1994). *Die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern in Erziehungsheimen. Ein empirischer Beitrag zur Sozialisation durch Institutionen der öffentlichen Erziehung*. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag.

- Harnach-Beck, V. (2000). *Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme* (3. überarb. und erw. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Hermann, T., Arnold, J., Kühn, N., Müller, S., Sebastian, E., Tapadar, R., Wilke, H., Wirz, J. & Macsenaere, M. (2009). *EVAS-Datenbericht 2008*. Mainz: IKJ.
- Hiller, W., Bleichhardt, G. & Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57, 7-22.
- Hohm, E., Schmidt, M. & Flosdorf, P. (2002). Verlauf der Hilfen. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*, (190-301). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hope, T. (2005). Pretend it doesn't work: The anti-social bias in the maryland scientific methods scale. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 11, 275-296.
- Hüttemann, M. (2006). Evidence-based practice – ein Beitrag zur Professionalisierung Sozialer Arbeit? *Neue Praxis*, 2, 156-167.
- Jacobs, C. & Petermann, F. (2007). Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 155, 921–927.
- Janssens, A. & Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 691-700.
- Johnson, J. (2006). Consequences of Positivism: A Pragmatist Assessment. *Comparative Political Studies*, 39, 224-252.
- Jordan, E. (2005). *Kinder- und Jugendhilfe: Einführung in Geschichte und Handlungsfelder, Organisationsformen und gesellschaftliche Problemlagen* (2. überarb. und erg. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Jurczyk, K. (2003). Alleinerziehende zwischen Privatheit und Institution. In Fegert/Ziegenhain (Hrsg.), *Hilfen für Alleinerziehende*, 36-46. Weinheim: Beltz.



- Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K. & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 607-614.
- Koglin, U., Janke, N., Petermann, F. (2009). Werden IQ-Veränderungen vom Kindergarten zum Schulalter durch psychosoziale Risikofaktoren beeinflusst? *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 41, 132-141.
- Koglin, U. & Petermann, F. (2007). Psychopathie im Kindesalter. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 260–266.
- Koglin, U. & Petermann, F. (2008). Gewalterfahrungen von Jugendlichen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 133–140.
- Koglin, U., Petermann, F. (2008). Inkonsistentes Erziehungsverhalten – Ein Risikofaktor für aggressives Verhalten? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 285-291.
- Kölch, M., Schmid, M. (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 774-788.
- Kroenke, C. (2008). Socioeconomic status and health: Youth development and neomaterialist and psychosocial mechanisms. *Social Science in Medicine*, 66, 31–42.
- Krohne, H.W. & Hock, M. (1994). *Elterliche Erziehung und Angstentwicklung des Kindes. Untersuchungen über die Entwicklungsbedingungen von Ängstlichkeit und Angstbewältigung*. Bern: Huber.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (1998). Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung: Empirische Befunde. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, 6–20.
- Linderkamp, F. (2006). Komorbidität und elterliche Psychopathologie bei externalisierenden Verhaltensstörungen im Kindesalter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 38, 43–52.
- Loe, I.M. & Feldman, H.M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 82–90.



- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1–41.
- Macsenaere, M. & Knab, E. (2004). *Evaluationsstudie erzieherische Hilfen (EVAS). Eine Einführung*. Freiburg: Lambertus.
- Maras, A., Laucht, M., Fischer, T., Wilhelm, C. & Schmidt, M.H. (2006). Erniedrigte Serotoninkonzentrationen im thrombozytenfreien Plasma bei Jugendlichen mit externalen Verhaltensproblemen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 29–35.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1999). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber.
- Mayring, P. (2008). *Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McNeece, A. & Thyer, B. (2004). Evidence-based practice and social work. *Evidence-Based Social Work*, 1, 7–25.
- Merod, R. & Petermann, F. (2006). Messung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 164–169.
- Mick, E. & Faraone, S. V. (2008). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 261–284.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Reviews*, 100, 674–701.
- Moffitt, T. E. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct in males: Natural history from age 3 to 18. *Development and psychopathology*, 8, 399–424.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H. & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Development and psychopathology*, 14, 179–207.
- Moffitt, T. E. & Lynam, D. (1994). The neuropsychology of conduct disorder and delinquency: Implications for understanding antisocial behavior. In D. C. Fowles, P. Sutker & S. H. Goodman (Eds.), *Progress in experimental personality and psychopathology research* (233–262). New York: Springer.

- Moore, L.D. & Elkavich, A. (2008). Who's using and who's doing time: Incarceration, the war on drugs, and public health. *Public Health*, 98, 782-786.
- Munsch, C. (2004). AdressatInnenorientierung als verlässliche und ganzheitliche Unterstützung in schwierigen Lebenslagen. In F. Peters/J. Koch (Hrsg.), *Integrierte erzieherische Hilfen*. Weinheim: Juventa.
- Münder, J. & Tammen, B. (2003). *Die Vereinbarungen nach §§78ff SGB IIIIV. Eine Untersuchung von Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsentwicklungsvereinbarungen*. Eine Studie im Auftrag des BMFSFJ. Berlin.
- Nitkowski, D., Petermann, F., Büttner, P., Krause-Leipoldt, C. & Petermann, U. (2009). Verhaltenstherapie und Jugendhilfe. Ergebnisse zur Optimierung der Versorgung aggressiver Kinder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 461-468.
- Noeker, M. & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaption an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 255-263.
- Patterson, G. R. & Yoerger, K. (1993). Developmental models for delinquent behavior. In S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and crime* (pp. 140–172). Newbury Park: Sage.
- Petermann, F. (2007). Praxisforschung in der Kinderverhaltenstherapie. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 139-142.
- Petermann, F. & Lepach, A.C. (2007). Klinische Kinderneuropsychologie. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 1–6.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2001). *Training mit aggressiven Kindern* (10., völlig veränd. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F., Petermann, U., Besier, T., Goldbeck, L., Büttner, P., Krause-Leipoldt, C. & Nitkowski, D. (2008). Zur Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern in Psychiatrie und Jugendhilfe. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 182-189.
- Petermann, F. & Resch, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl., S. 49-64). Göttingen: Hogrefe.

- Petermann, F. & Schmidt, M.H. (2009). Ressourcenorientierte Diagnostik – eine Leerformel oder nützliche Perspektive? *Kindheit und Entwicklung*, 18, 49-56.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2006). Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 1-8.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2008). Aggressiv-oppositionelles Verhalten. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl., S. 277-293). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, U., Nitkowski, D., Polchow, D., Pätel, J., Roos, S., Kanz, F.J. & Petermann, F. (2007). Langfristige Effekte des Trainings mit aggressiven Kindern. *Kindheit und Entwicklung* 16, 143-151.
- Petermann, U., Reinartz, H. & Petermann, F. (2002). Ein Explorationsbogen zur Identifizierung individueller Lernwege in der Sozialentwicklung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50, 427-457.
- Piquero, A. R. & Chung, H. L. (2001). On the relationship between gender, early onset, and the seriousness of offending. *Journal of Criminal Justice*, 29, 189–206.
- Reichle, B. & Gloger-Tippelt, G. (2007). Familiäre Kontexte und sozial-emotionale Entwicklung. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 199-208.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (Hrsg.) (2006). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (4. vollst. überarb. und erw. Aufl.). Huber: Bern.
- Richardson, J. & Lelliott, P. (2003). Mental health of looked after children. *Advances in psychiatric treatment*, 9, 249-256.
- Roos, K. (2005). *Kosten-Nutzen-Analyse von Jugendhilfemaßnahmen*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Roos, K. & Petermann, F. (2006). Kosten-Nutzen-Analyse der Heimerziehung. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 45-54.
- Rutter, M. & Quinton D. (1977). Psychiatric disorder – ecological factors and concepts of causation. In H. McGurk (Ed.), *Ecological factors in human development* (pp. 13-17). Amsterdam.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633-653.

- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12.
- Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P. & Petermann, F. (2009). Zur Wirksamkeit ambulanter und teilstationärer Jugendhilfemaßnahmen. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 551–558.
- Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P. & Petermann, F. (2010a). Differenzielle Wirksamkeit der Jugendhilfe: traditionelle und zerbrochene Familien im Vergleich. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 253–265.
- Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P. & Petermann, F. (2010b). Langfristige Wirksamkeit ambulanter und teilstationärer Jugendhilfe-Maßnahmen: Entwicklungsverläufe im Längsschnitt. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (in Druck).
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (2002). Überblicksarbeit – Prädiktion aggressiv/dissozialen Verhaltens: Entwicklungsmodelle, Risikobedingungen und Multiple-Gating-Screening. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 10, 121–140.
- Schimmelmann, B., Friedel, S., Christiansen, H., Dempfle, A., Hinney, A. & Hebebrand, J. (2006). Genetische Befunde bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 425–433.
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.M. & Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50, 827–835.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J. & Fegert, J.M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in german youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, doi: 10.1186/1753-2000-2-2.
- Schmidt, S., Brücher, K. & Petermann, F. (2006). Komorbidität der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter: Perspektiven für die Diagnostik mit dem Screeningverfahren BAS-E. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 123–132.

- Schmidt, S. & Petermann, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie der ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 265–274.
- Schmidt, M.H., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Macsenaere, M., Petermann, F., Flosdorf, P., Hölzl, H. & Knab, E. (2002). *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneewind, K.A. (1980). Elterliche Erziehungsstile: einige Anmerkungen zum Forschungsgegenstand. In K.A. Schneewind & T. Herrmann (Hrsg.), *Erziehungsstilforschung, Methoden und Anwendung der Psychologie elterlichen Erziehungsverhaltens* (S. 19–30). Bern: Huber.
- Schumacher, J., Eisemann, M. & Brähler, E. (2000). *FEE – Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten. Manual*. Bern: Huber.
- Singer, H., Prestel, A., Schmid, M., Keller, F., Fegert, J.M. & Kölch, M. (2009). Wirkungsmessung pädagogischer Interventionen: Anpassung eines Zielerreichungsinstruments an jugendforensische Anforderungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 450–464.
- Slade, E. P. & Wissow, L. S. (2004). Spanking in early childhood and later behavior problems: A prospective study of infants and young toddlers. *Pediatrics*, 113, 1321–1330.
- Southerland, D., Casanueva, C.E. & Ringeisen, H. (2009). Young adult outcomes and mental health problems among transition age youth investigated for maltreatment during adolescence. *Children and Youth Services Review*, 31, 947–956.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Kinder- und Jugendhilfestatistik*. Wiesbaden: Selbstverlag.
- Thurau, H. & Völker, U. (1995). *Erziehungsstellen: Professionelle Erziehung in privaten Haushalten*. Frankfurt: IGFH-Eigenverlag.
- Verband Bildung und Erziehung – Landesverband NRW (2001). *Immer mehr Schüler drehen eine «Ehrenrunde»*. [Homepage]. Verfügbar: [http://www.vbe-nrw.de/content\\_id/776.html?session=61e97a7a7b922ee3027675d5807f978f](http://www.vbe-nrw.de/content_id/776.html?session=61e97a7a7b922ee3027675d5807f978f) [01.11.09].
- Vloet, T., Herpertz, S. & Herpertz-Dahlmann (2006). Ätiologie und Verlauf kindlichen dissozialen Verhaltens – Risikofaktoren für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 101–115.

- Voll, R., Allehoff, W. H., Esser, G., Poustka, F. & Schmidt, M.H. (1982). Widrige familiäre und soziale Bedingungen und psychiatrische Auffälligkeit bei Achtjährigen. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 10, 100-109.
- Walter, D. & Döpfner, M. (2007). Die Behandlung von Jugendlichen mit Leistungsstörungen mit dem Therapieprogramm SELBST – Konzept und Stabilität der Veränderungen während der Therapie. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35, 281–290.
- Ward, H. (1995). *Looking after children: Research into practice*. London: Stationery Office.
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Plaß, A., Petermann, F., Riedesser, P. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 111-121.
- Willemse, G., Van Yperen, T. & Rispens, J. (2003). Reliability of the ICD-10 classification of adverse familial and environmental factors. *Child Psychology and Psychiatry*, 44, 202-13.
- Wodarski, J. (2004). Introduction. *Evidence-Based Social Work*, 1, 1-5.
- Wolke, D. (2008). Von Null bis Drei: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl., S. 257-276). Göttingen: Hogrefe.
- Ziegler, H. (2006). Evidenzbasierte Soziale Arbeit: Über managerielle PraktikerInnen in neobürokratischen Organisationen. In C. Schweppe/S. Sting (Hrsg.), *Sozialpädagogik im Übergang: Neue Herausforderungen für Disziplin und Profession*. Weinheim: Juventa.

**Erklärung**

Diese Arbeit wurde ohne unerlaubte Hilfe angefertigt, es wurden keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt. Die den benutzten Werken entnommenen Stellen wurden als solche kenntlich gemacht.

Bremen, im Oktober 2010 \_\_\_\_\_

(Stefan Rücker)

## Anhang

**Anhang I:** Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P. & Petermann, F. (2009). Zur Wirksamkeit ambulanter und teilstationärer Jugendhilfemaßnahmen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 551-558.

**Anhang II:** Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P. & Petermann, F. (2010a). Differenzielle Wirksamkeit der Jugendhilfe: traditionelle und zerbrochene Familien im Vergleich. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 253-265.

**Anhang III:** Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P. & Petermann, F. (2010b). Ambulante und teilstationäre Jugendhilfe-Maßnahmen: Aussagen zur langfristigen Wirksamkeit. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 429-437.



Die im Rahmen dieser Dissertation erstellten Fachpublikationen dürfen aus verlagsrechtlichen Gründen an dieser Stelle nicht veröffentlicht werden.